



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Ciências da Educação – Educação Para a Saúde

Dissertação

**A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64
anos no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos**

Autora:
Sílvia Cristina Tirapicos Pinto

Orientadora:
Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Évora
Janeiro, 2013

Mestrado em Ciências da Educação – Educação Para a Saúde

Dissertação

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

Autora:

Sílvia Cristina Tirapicos Pinto

Orientadora:

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são sempre poucos e nunca são demais. Por isso agradeço aos meus pais por tudo o que, com muito esforço, me conseguiram proporcionar ao longo da vida. À minha irmã, à Vera Tira Picos, à Elsa Reis, ao Rui Brás e ao Domingos Martins pelo apoio e pela paciência que tiveram comigo ao longo destes meses. Aos seniores participantes no “Projeto Sênior” e à Câmara Municipal de Arraiolos pela disponibilidade sempre demonstrada na aplicação deste estudo. À orientadora Professora Doutora Maria do Céu Marques, pela disponibilidade, apoio e paciência tida ao longo da construção da dissertação.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

“A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos”

RESUMO

O envelhecimento da população é uma realidade atual que carece de reflexão pela sociedade. Importa que esse envelhecimento aconteça com qualidade de vida.

Com o desenvolvimento desta dissertação pretendemos avaliar a qualidade de vida, em termos de saúde, caracterizar socio demograficamente os participantes com mais de 64 anos, que integram o “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos e propor estratégias de educação para a saúde fomentadoras de qualidade de vida.

O estudo realizado é exploratório, descritivo de natureza quantitativa.

Como instrumento de recolha de dados utilizámos um questionário com questões de caracterização sociodemográfica e a escala de qualidade de vida MOS SF-36. Aplicámos o questionário a 87 idosos inscritos no projeto. A maioria destes idosos sabem pelo menos ler e escrever, são casados e do sexo feminino.

No geral a avaliação da qualidade de vida nas dimensões da componente mental foi mais elevada do que a avaliação da componente física.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idosos; Saúde; Educação para a Saúde.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

“The quality of life, in terms of health, of the participant with more than 64 years, in “Projeto Senior” developed by the Arraiolos’ municipality”

ABSTRACT

The aging of population is an actual reality that deserves the society reflection. It matters that that aging would happen with quality.

With the development of this essay it is intended to assess the quality of life, in terms of health, to characterize socio-demographically the participants with more than 64 years, in “Projeto Senior” developed by the Arraiolos’ municipality and to offer education and health strategies that promote life quality.

The study is an exploratory study, report of quantity nature. It was used a survey with Questions of socio-demographic characterization and the scale of life quality MOS SF-36., applied to 87 elders registered in “Projeto Sênior”. Most of them know how to read and write, at least, are married and belong to feminine gender.

Overall the assess of life quality at the level of mental elements dimension was higher than the assess of physical element.

Keyword: Quality of life; Elders; Health; Health Education.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE QUADROS.....	xi
CAPÍTULO 1- ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	1
1.1- Introdução	1
1.2- Plano geral da dissertação	1
1.3- Contexto geral da investigação e importância do estudo	2
1.4- Problemas e objetivos da investigação, questões orientadoras.....	4
CAPÍTULO 2- CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO	7
2.1- Introdução	7
2.2- Os idosos, tendências demográficas	7
2.3- Evolução do conceito de envelhecimento, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e envelhecimento ativo	8
2.4- Qualidade de vida associada à saúde	16
2.5- Qualidade de vida associada à saúde dos idosos.....	19
2.6- Educação para a saúde e a qualidade de vida dos idosos	20
2.7- Educação para a saúde como uma estratégia de intervenção nos idosos	23
CAPÍTULO 3- METODOLOGIA.....	31
3.1- Introdução	31
3.2- Caracterização geral do estudo e do desenho de investigação.....	31
3.3- População e amostra.....	32
3.4- Técnica de recolha de informação	32
3.4.1- Desenho e validação do questionário	33

3.5- Percurso metodológico	35
3.6- Tratamento de dados	36
CAPÍTULO 4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
4.1- Introdução.....	39
4.2- Resultados do questionário, ao nível das questões sociodemográficas, e análise da caracterização da amostra	39
4.3- Resultados do questionário e análise da escala de qualidade de vida-MOS-SF 36.....	49
CAPÍTULO 5- CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	71
5.1- Introdução.....	71
5.2- Conclusões.....	71
5.3- Limitações do estudo	74
5.4- Sugestões para a educação para a saúde	75
5.5- Futuras investigações	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICES	89
APÊNDICE 1 - Autorização da Câmara Municipal de Arraiolos para a realização do estudo	91
APÊNDICE 2 - Autorização do Professor Doutor Pedro Ferreira para a utilização da Escala de qualidade de vida Mos SF-36	95
APÊNDICE 3 – Declaração de consentimento informado	101
APÊNDICE 4 – Questionário aplicado aos idosos	105

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribuição da amostra segundo o sexo.....	39
<i>Figura 2.</i> Distribuição da amostra segundo a idade.....	40
<i>Figura 3.</i> Distribuição da amostra segundo o estado civil.	41
<i>Figura 4.</i> Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.....	41
<i>Figura 5.</i> Distribuição da amostra segundo situação de residência.	42
<i>Figura 6.</i> Distribuição da amostra segundo o local de residência.	43
<i>Figura 7.</i> Distribuição da amostra segundo a necessidade de transporte.	43
<i>Figura 8.</i> Distribuição da amostra segundo as atividades.	44
<i>Figura 9.</i> Distribuição da amostra segundo a motivação.....	45
<i>Figura 10.</i> Valores das dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36.	60

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 1</i>	49
Quadro 2 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 2</i>	50
Quadro 3 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 3</i>	51
Quadro 4 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 4</i>	52
Quadro 5 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 5</i>	54
Quadro 6 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 6</i>	54
Quadro 7 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 7</i>	55
Quadro 8 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 8</i>	55
Quadro 9 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 9</i>	57
Quadro 10 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 10</i>	58
Quadro 11 - <i>Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 11</i>	59
Quadro 12 - <i>Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 e Desvio Padrão</i>	60
Quadro 13 - <i>Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 pelo Escalão Etário</i>	62
Quadro 14 - <i>Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 por Sexo</i>	63

Quadro 15 - Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 pelas Habilitações Literárias	64
Quadro 16 - Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 pela Situação de Residência e pelo Estado Civil	65
Quadro 17 - Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 pela Localidade de Residência	66
Quadro 18 - Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 de acordo com a Participação nas Atividades do Projeto e da Motivação	68
Quadro 19 - Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 de acordo com a Necessidade de Transporte.....	69

ABREVIATURAS E SIGLAS

DE- Desempenho Emocional

DF- Desempenho Físico

DR- Dor Física

FF- Função Física

FS- Função Social

OMS- Organização Mundial de Saúde

SG- Saúde Geral

SM- Saúde Mental

VT- Vitalidade

WHO- World Health Organization

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

CAPÍTULO 1- ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

1.1- Introdução

Neste capítulo será apresentada a investigação descrita na dissertação. Apresentamos, assim, o plano geral da dissertação (1.2), o contexto geral da investigação e a importância do estudo (1.3), o problema, os objetivos de investigação e as questões orientadoras do estudo (1.4).

1.2- Plano geral da dissertação

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, é o enquadramento da investigação, onde fazemos uma introdução ao capítulo (1.1), apresentamos o plano geral da dissertação (1.2) e uma contextualização geral da investigação e a importância do estudo (1.3). Neste capítulo descrevemos, também, os problemas e objetivos de investigação e as questões orientadoras do estudo (1.4).

No segundo capítulo fazemos o contexto teórico da investigação. Depois de uma breve introdução (2.1), fazemos uma revisão teórica relativa aos idosos e às tendências demográficas (2.2), à evolução do conceito de envelhecimento, abordando os conceitos de envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e envelhecimento ativo (2.3), à qualidade de vida associada à saúde (2.4), à qualidade de vida associada à saúde dos idosos (2.5), à educação para a saúde e a qualidade de vida dos idosos e à educação para a saúde como uma estratégia de intervenção nos idosos.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia. Fazemos uma pequena introdução (3.1), uma caracterização geral do estudo e do desenho de investigação (3.2). Explicamos a seleção e caracterização da população e da amostra (3.3), a técnica de recolha de informação (3.4) e o desenho e validação dos instrumentos de investigação (3.4.1). Descrevemos o percurso metodológico (3.5) e referimos a forma como os dados foram tratados (3.6).

No quarto capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos para responder às questões de investigação formuladas. Fazemos uma introdução (4.1), apresentamos e discutimos os resultados do questionário relativo à caracterização da amostra (4.2) e apresentamos e analisamos os resultados da Escala de qualidade de vida Mos SF-36 (4.3).

O quinto capítulo é referente às conclusões e sugestões para a educação para a saúde. Fazemos uma introdução do capítulo (5.1), descrevemos as conclusões da investigação, decorrentes da análise dos resultados obtidos em resposta às questões de investigação (5.2) e referimos as limitações do estudo (5.3), fazemos sugestões de educação para a saúde (5.4) e indicamos algumas sugestões para futuras investigações (5.5).

1.3- Contexto geral da investigação e importância do estudo

O envelhecimento populacional é atualmente uma realidade mundial. O aumento da esperança média de vida e a redução das taxas de natalidade acontece em termos mundiais, e Portugal não é uma exceção a este facto. Em Portugal, a taxa de envelhecimento em 2001 era de 102,23% e de acordo com os dados dos Censos de 2011, é atualmente de 127,84%. Existem, assim, 128 idosos por cada 100 jovens (entre os 0 e os 14 anos). No concelho de Arraiolos esta taxa, de acordo com os censos de 2011, é de 211,84%, o que significa que existem cerca de 212 idosos por cada 100 jovens. Arraiolos é pois um concelho envelhecido (Censos, 2012).

Para o envelhecimento da população muito contribuíram as ciências da saúde mas também outros progressos da sociedade que levaram ao aumento da esperança média de vida da população portuguesa (Sequeira, 2010). O envelhecimento da população tornou-se uma preocupação para a sociedade levando a questionar de que forma podemos promover a autonomia e a independência dos idosos no sentido de um envelhecimento com qualidade de vida. Neste contexto a educação para a saúde tem um papel fundamental, podendo contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis indo de encontro à prevenção da doença.

O envelhecimento surge associado a alterações biológicas, psicológicas e sociais e era, habitualmente, conotado como algo negativo apesar de ser um objetivo que todos pretendem atingir. O envelhecer acontece ao longo da vida, é contínuo e cumulativo (Sequeira, 2010). Para um envelhecimento bem-sucedido é necessário saber gerir as perdas e os ganhos ao longo da vida e definir os objetivos a atingir (Fonseca, 2005b; Afonso, 2012).

Não se envelhece só, envelhece-se com os outros e num determinado ambiente e sociedade. A teia social que envolve os idosos é fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. Apesar dessa teia tendencialmente diminuir ao longo dos anos, no caso dos idosos, a rede e a participação social são indispensáveis para a qualidade de vida e para a saúde mental (Paúl, 2005b). O envelhecimento ativo sendo um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança tem como objetivo aumentar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (WHO, 2002).

A perceção da qualidade de vida, varia de indivíduo para indivíduo, dependendo da forma como cada um vê as várias dimensões da vida e dos objetivos que estabeleceu para si, mas também de fatores económicos, sociais, cognitivos e emocionais, físicos e de saúde (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

É necessária a elaboração de estratégias de educação para a saúde que motivem os indivíduos a participar na construção da sua qualidade de vida e da sua saúde. Os idosos não são exceção, pois a educação para a saúde deve acontecer em todas as idades e não só nos jovens. Estas ações têm de, necessariamente, ir de encontro ao contexto e às vivências dos idosos envolvidos (Sequeira, 2010).

Considerou-se, tendo em conta todo este quadro, que era importante a realização deste estudo. A implementação do “Projeto Sénior” pelo Município de Arraiolos, sendo uma estratégia de educação para a saúde, é desenvolvida para os idosos do concelho com mais de 64 anos mas também para outras pessoas que não tendo essa idade se encontram reformadas. Importa neste contexto, perceber qual a qualidade de vida, em termos de saúde, dos idosos participantes.

1.4- Problemas e objetivos da investigação, questões orientadoras

A questão central deste estudo baseia-se no conhecimento da qualidade de vida, em termos de saúde, dos participantes no projeto do Município de Arraiolos.

Sendo que o início de um estudo surge de um problema, é importante procurar responder a esse problema através de um conjunto de questões que dele decorrem.

As questões de investigação permitem focar o estudo numa determinada área e orientá-lo em torno de uma questão central (Coutinho, 2011), funcionam assim como as questões orientadoras do estudo. Neste estudo, a primeira questão que colocámos foi:

- Qual a qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos, que integram o “Projeto Sénior”?

Decorrentes desta primeira questão surgiram outras questões de investigação:

- Quais são os fatores que têm influência na qualidade de vida?

- Que tipos de estratégias poderão ser aplicadas de forma a contribuírem para uma melhor qualidade de vida da população sénior do concelho de Arraiolos?

Com o desenvolvimento deste trabalho de dissertação pretendemos avaliar a qualidade de vida, em termos de saúde, e caracterizar socio demograficamente os participantes com mais de 64 anos, no “Projeto Sénior” desenvolvido pelo Município de Arraiolos. A partir desta avaliação, pretendemos identificar e propor estratégias de educação para a saúde a aplicar na continuidade do projeto ou na sua reformulação, para que este vá de encontro com as expectativas e as necessidades da população e que seja fomentador da qualidade de vida.

Avaliar a qualidade de vida tendo apenas por base as taxas de mortalidade e morbilidade não é suficiente. É necessário avaliar a qualidade de vida tendo em conta a perceção que cada indivíduo tem da sua vida. A educação para a saúde poderá dar um contributo para a melhoria da qualidade de vida em termos de saúde. Assim, avaliar a qualidade de vida é importante para que com base nos

resultados se delineiem estratégias de intervenção de Educação para a Saúde que sejam eficazes. Apesar do conceito de qualidade de vida ser um conceito subjetivo, atualmente existem instrumentos de medida devidamente validados, para a população portuguesa, que nos permite uma avaliação mais objetiva.

Esta avaliação, fundamentada no seu contexto, permite refletir sobre a qualidade de vida dos participantes no projeto e permitirá contribuir com conhecimento e fundamentação para a elaboração de propostas de estratégias de educação para a saúde.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

CAPÍTULO 2- CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

2.1- Introdução

Neste capítulo é apresentada uma revisão da literatura. Inicia-se com um conjunto de conceitos e de dados relativos aos idosos e seu envelhecimento (2.2), bem como a evolução do conceito de envelhecimento, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e envelhecimento ativo (2.3). De seguida analisa-se a qualidade de vida associada à saúde (2.4) e a qualidade de vida associada à saúde dos idosos (2.5). É abordada a educação para a saúde e a qualidade de vida dos idosos (2.6) e a temática da educação para a saúde como uma estratégia de intervenção promotora da qualidade de vida dos idosos (2.7).

2.2- Os idosos, tendências demográficas

O envelhecimento da população em termos mundiais é uma vitória do Homem. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) refere que a faixa etária que mais tem aumentado é a das pessoas com mais de 60 anos. O aumento da esperança média de vida e a redução das taxas de fecundidade, levam e continuarão a levar, ao envelhecimento populacional, isto é, o número de pessoas com 60 anos ou mais aumenta e o número de crianças e jovens reduz em termos proporcionais (WHO, 2002).

Segundo a OMS (2002), em 2025 haverá cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e em 2050 serão 2 biliões, sendo que 80% residirão em países em desenvolvimento.

O índice de envelhecimento da Europa (27) em 2010, de acordo com os dados do Eurostat, era de 111,7%. Em Portugal a evolução demográfica da população não é diferente. O envelhecimento da população residente no país é uma realidade que se tem vindo a acentuar de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística. Em Portugal o rácio entre a população com 65 ou mais anos e a população até 14 anos, isto é, o índice de envelhecimento, em 2010 atingiu o valor de 122,7%, e a região do Alentejo atingiu o valor mais alto do

país, 173,4%. Ainda de acordo com os dados dos Censos de 2011, o índice de envelhecimento de Portugal é de 127,84%. Em 1990, o índice de envelhecimento de Portugal era de 68,1% (INE, 2011), o que nos indica uma tendência crescente do índice de envelhecimento em Portugal.

Passamos, pois, de um modelo demográfico em que os índices de mortalidade e de natalidade são elevados para um modelo em que ambos os índices vêm a diminuir, ou seja, há um aumento do índice de envelhecimento.

Em termos de grupos etários a população residente em Portugal (em 31 de dezembro de 2010) era de 15,1% de indivíduos entre os 0 e os 14 anos, 10,9% entre os 15 e os 24 anos, 55,8% entre os 25 e os 64 anos e a percentagem de indivíduos com 65 ou mais anos era de 18,2% (INE,2011).

No concelho de Arraiolos o índice de envelhecimento, de acordo com os dados dos censos de 2011, é de 211,84% e 26,24% da população do concelho tem 65 ou mais anos.

O aumento do número de idosos é um êxito da sociedade e simultaneamente é uma preocupação pois proporcionar mais anos de vida às pessoas, traz, obviamente outras questões e outros desafios à sociedade atual, não só em termos económicos mas também sociais. O processo de envelhecimento têm sido estudado, desde há muito tempo, existindo diversas teorias, sobre o mesmo, que definindo capacidades e limitações procuram conduzir a um envelhecimento saudável.

2.3- Evolução do conceito de envelhecimento, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e envelhecimento ativo

Envelhecimento é um assunto abordado desde há muito tempo. Platão (427-347 a.C.) já refletia sobre a temática, dizendo mesmo que o envelhecimento surgia como a continuidade da vida, e que a forma de envelhecimento dependia de como se vivia a vida. Para Aristóteles (384-322 a.C.), no processo de envelhecimento a degradação do corpo era acompanhada pela degradação da mente. Hipócrates (460-377 a.C.), frequentemente referido como “o pai da medicina”, formulou hipóteses médicas relativas ao envelhecimento. Para ele, o

envelhecimento não era uma doença mas permitia o aparecimento delas. Hipócrates já recomendava, para um envelhecimento bem-sucedido, que se fizesse exercício físico, que se tomassem banhos quentes e que se consumisse vinho e fizesse uma alimentação moderada. Nesta época a velhice já era entendida como um processo natural e irreversível.

No início do séc. XVI, começaram a surgir interesses na busca da juventude eterna e da cura da velhice. Para médicos desta época, como Cornaro (1470-1566) e Paracelso (1493-1541) a alimentação surge sempre com um fator importante no envelhecimento. Para Bacon (1561-1626) a longevidade dependia de uma alimentação regrada, bem como de exercício físico e emoções moderadas. Aspetos como a idade, o sexo, a profissão e o ambiente são estudados por Quetelet (1796-1874), que começa a pensar nos fatores que podem ter contributos no envelhecimento.

É no início do séc. XX que Elie Metchnikoff (1845-1916) vem propor uma ciência nova cujo objetivo é estudar os idosos, a Gerontologia. No entanto, só a partir de 1980 é que começaram a surgir os estudos e as publicações sobre as pessoas idosas e o processo de envelhecimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o envelhecimento do indivíduo é um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social que acontece ao longo da vida. O envelhecimento resulta da interação entre o indivíduo e o meio (Osório & Pinto, 2007), acontece no meio onde vivemos e com quem nos rodeia, isto é, com os amigos, os colegas de trabalho, a família e os vizinhos (WHO, 2002).

Poder-se-á dizer que o envelhecimento de cada pessoa resulta de um conjunto de alterações biopsicossociais que acontecem ao longo da vida (Stella, 2012). Assim, todos os indivíduos envelhecem de forma distinta, conforme os fatores a que são sujeitos, desde a educação, a profissão, a alimentação, o estilo de vida, as doenças crónicas e a prática de exercício físico, por exemplo. O envelhecimento resulta de um conjunto de determinantes: da hereditariedade, do ambiente em que se vive quer em termos sociais quer físicos e das opções tomadas ao longo da vida. Apesar das questões genéticas serem um fator que influencia o envelhecimento, os fatores externos, tais como, os estilos de vida e o ambiente são relevantes no processo de envelhecimento (WHO, 2002).

Para Sequeira (2010), tendo em conta que o envelhecimento surge associado a várias alterações, como biológicas, psicológicas e sociais que acontecem ao longo da vida, não se consegue dizer a partir de que momento é que uma pessoa é considerada velha. O processo de envelhecimento é pois, um processo cumulativo e contínuo, que não acontece de um momento para o outro. Apesar do envelhecimento estar intimamente relacionado com a idade cronológica, esta não nos indica por si só qual a qualidade de vida, ou a saúde do indivíduo (Paúl, 2005b). Envelhecer não é sinónimo de fragilidade, “o que pode fragilizar as pessoas, em qualquer idade, é a pobreza, a solidão, a dependência, a demência e a insuficiente informação sobre a dimensão de cidadania” (Guimarães, 2012, p.290). Os idosos são o resultado do contexto do percurso de vida “fruto de uma história e de uma construção evolutiva, social e pessoal” (Lima, 2012, p.136).

Para Paúl (2005a), “o envelhecimento é uma contrapartida do envelhecimento”, isto é, os aspetos positivos e os aspetos negativos que o processo de envelhecimento tem associado só acontecem a quem envelhece. Acontece ao longo da vida e é o somatório do que nela ocorre.

O conceito de envelhecimento tem surgido com diferentes definições e formas ao longo do tempo. Surgiram como conceitos de envelhecimento, os conceitos de envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável e envelhecimento ativo. Estes, não se referem apenas à longevidade mas sim a um conjunto de fatores psicológicos, biológicos e sociais (Teixeira e Neri, 2008).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge associado a uma ideia que é a de atingir objetivos, é pois uma questão de perceção pessoal das oportunidades. O envelhecimento bem-sucedido é entendido como um processo em que ocorre uma substituição das perdas por outros ganhos uma renovação de projetos de vida e de gestão de oportunidades (Teixeira e Neri, 2008).

Foi nos anos de 1960 que surgiu o conceito de envelhecimento bem-sucedido, este referia-se à forma de adaptação à velhice e ao equilíbrio entre a aptidão do indivíduo e as condições do meio em que está integrado (Fonseca, 2005b). É no entanto, através de um estudo promovido pela Fundação MacArthur que o conceito de envelhecimento bem-sucedido ganha afirmação. Os resultados deste estudo são mais tarde sintetizados por Rowe e Kahn numa publicação, “*Successful aging*”, datada de 1998. Estes autores, segundo Fonseca (2005b),

dão ênfase ao lado positivo do envelhecimento, não se limitando à idade cronológica e às doenças, conferindo-lhe um caráter multidimensional. Para os mesmos, o envelhecimento bem-sucedido resulta da conjugação de três situações: “i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; ii) funcionamento físico e mental elevado; iii) envolvimento/compromisso activo com a vida”. Só a conjugação destas três condições conduzem a um envelhecimento bem-sucedido.

Também de acordo com Fontaine, em Azeredo (2012), envelhecer com sucesso implica saúde, funcionalidade cognitiva e física e participação na sociedade. Mas o envelhecimento bem-sucedido não acontece de uma só forma, depende das opções individuais que cada um toma no sentido do bem-estar e do atingir dos seus objetivos. Este modelo vem alterar a ideia de que o envelhecimento é igual para todos e fomentar a ideia de que é possível intervir em mais áreas do que apenas ao nível das doenças.

P. Baltes e M. Baltes (1980) apresentaram também uma teoria do envelhecimento bem-sucedido tendo em conta a gestão das perdas e dos ganhos ao longo da vida. Para estes autores, a interação de três processos é a base da gestão das perdas e ganhos, isto é, a seleção, a otimização e a compensação. Este modelo vem colocar o processo de envelhecimento como um processo dinâmico, que ocorre ao longo da vida, assumindo a existência de ganhos e perdas e o balanço desses ganhos e dessas perdas resulta ou não num envelhecimento bem-sucedido. Ao longo do processo de envelhecimento é fundamental saber gerir, as perdas e as contradições, a capacidade de adaptação às mudanças e a capacidade de encontrar soluções de modo a que o balanço dessa dinâmica seja positivo e isso se faça refletir num estado de bem-estar. O modo como os idosos encaram a vida e o seu percurso até à atualidade pode levar a uma satisfação com a vida ou a uma insatisfação (Azeredo, 2012). De acordo com a OMS (2002), esta capacidade e a forma como se encaram as oportunidades influenciam a forma como os indivíduos envelhecem.

Para Almeida (2007), as propostas de Rowe e Kahn e de P. Baltes e M. Baltes têm uma limitação que é o facto de não aprofundarem a interação entre o indivíduo e o meio que o circunda. Esta limitação veio a ser colmatada com um

modelo proposto por Godfrey “o modelo sócio-cultural de envelhecimento bem-sucedido”.

Segundo Fonseca (2005b), as várias teorias que têm surgido no âmbito do envelhecimento bem-sucedido apontam para a questão dos idosos com comportamentos pró-ativos, com capacidade de adotar estratégias em função dos objetivos a atingir e das suas condições. Para o mesmo autor o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido tendo em conta uma perspetiva ecológica, isto é, considerando o contexto sociocultural do indivíduo ao longo da vida.

Uma velhice bem-sucedida não é possível de obter sem os outros, é fundamental o contributo dos fatores históricos, do ambiente e das questões sociais. Um ambiente social que proporcione oportunidades de educação e de aprendizagem ao longo da vida e de segurança é determinante para um envelhecimento bem-sucedido (WHO, 2002). Esse ambiente, referido pela OMS, vem referenciado ao nível da Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 72.º:

1- As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2- A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

Como refere Fonseca (2005b), “diferentes pessoas percorrem diferentes percursos de envelhecimento mantendo uma idêntica satisfação com a vida e alcançando um idêntico sucesso” (p. 289), não existe uma só forma de chegar a um envelhecimento bem-sucedido. Os indivíduos, em função da sua qualidade de vida definem os objetivos de vida que pretendem alcançar. A qualidade de

vida surge intimamente relacionada com a satisfação com a vida que é uma das componentes do envelhecimento bem-sucedido (Brockett, 2008).

Sousa, Galante & Figueiredo (2003) também seguem a mesma ideia referindo que “um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento”. (p.365)

Ao longo do tempo um outro conceito emergiu, o envelhecimento saudável, mas segundo Almeida (2007), o termo envelhecimento saudável parece referir-se apenas a uma aplicação da perspetiva da saúde ao envelhecimento, isto é, mais numa perspetiva das questões fisiológicas. Este termo foi também adotado pela OMS, no sentido de que o envelhecimento ocorre ao longo de toda a vida e não é limitado a uma faixa etária, a quem apenas diz respeito o envelhecimento. Este conceito de envelhecimento saudável veio ao longo do tempo a ser substituído pelo conceito de envelhecimento ativo.

De acordo com a OMS (2002) o envelhecimento ativo é um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a qualidade de vida das pessoas durante o envelhecimento, pretende que as pessoas continuem a fazer parte integrante e participante da sociedade, tanto a nível social, cultural, espiritual e civil como económico. Envelhecimento ativo não significa apenas fisicamente ativo, atividade laboral ou atividade física, refere-se inclusive a pessoas com incapacidades físicas (WHO, 2002).

De acordo com Stella (2012), associada à ideia de envelhecimento ativo está a ideia de que o processo de envelhecimento é contínuo, desta forma a capacitação dos indivíduos deve acontecer ao longo da vida para que o envelhecimento aconteça de um modo ativo. A educação e a aprendizagem ao longo da vida podem, deste modo, contribuir para o *empowerment*, isto é, para a capacitação de tomadas de decisão conscientes e fundamentadas no conhecimento.

Também para Vinhal (2012), a educação para a saúde, fomentadora de hábitos de saúde, a promoção do funcionamento cognitivo, as estratégias de

autorregulação emocional e motivacional, o funcionamento psicossocial e o relacionamento são fatores que contribuem para um envelhecimento ativo.

O envelhecimento ativo reconhece que o idoso faz parte integrante da sociedade, participa e envolve-se na sociedade em diversas questões desde culturais, sociais, civis, espirituais e económicas. Também reconhece, que a cultura em que se vive determina a forma como se envelhece (Paúl, 2005a). As tradições e os valores culturais das sociedades e a forma como olham para o processo de envelhecimento influenciam os estilos de vida e a promoção de saúde (WHO, 2002). Esses estilos de vida são fundamentais no processo de envelhecimento, nunca sendo tarde para se adotar estilos de vida saudáveis.

O Homem é um ser social, daí que a presença de relações sociais ao longo da vida seja fundamental para o processo de envelhecimento. Segundo Paúl (2005b), as relações sociais funcionam como “almofadas” para a saúde mental dos indivíduos aquando situações de descompensação. Também de acordo com o estudo de Maier e Klumb (2005), em Zafiris (2010), os idosos que têm uma vida social ativa e que convivem com outros idosos de uma forma rotineira tem um risco mais reduzido de mortalidade. Os benefícios de inclusão na sociedade revelam-se pela participação em atividades sociais mas também pelo convívio com os outros. Estar integrado na comunidade é, assim, não só favorável para o idoso, que se sente parte de uma sociedade, contribuindo para uma melhor imagem de si mesmo, mas também é importante para as outras gerações e para a forma como estas vêem o processo de envelhecimento (Azeredo, 2012).

A entrada na reforma, é um marco importante no processo de envelhecimento. A rede social altera-se, com tendência a diminuir com a morte de amigos, familiares e do cônjuge. Perdem-se os contactos sociais habituais e isso reflete-se numa alteração às rotinas do dia-a-dia (Fonseca, 2005a). Como refere Paúl (2005b):

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência alteram profundamente esta rede. Com o passar dos anos, os pares vão morrendo e os

sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo. (p.37)

A reforma por vezes não vem associada ao bem-estar, pois não há uma preparação prévia ou uma definição de objetivos. Pode também estar associada à solidão, à não participação em atividades diárias motivadoras ou mesmo ausência de saúde (Fonseca, 2005a).

O isolamento social dos idosos pode resultar das barreiras arquitetónicas, do facto de viverem em meios menos seguros e da dificuldade de acesso aos transportes públicos. Este isolamento também pode condicionar o acesso aos serviços de saúde e sociais. De acordo com Zafiris (2010), alguns autores assumem que há idosos que são afastados pela sociedade quer em termos económicos, sociais, políticos quer culturais. De acordo com a OMS (2002), o isolamento social e a solidão na velhice estão ligados a um declínio de bem-estar físico e mental. Sentindo-se inúteis, os idosos, através dos seus pensamentos negativos que fomentam a insegurança, levam a que não tenham vontade de aprender ou participar.

Para Paúl (2005a), numa ótica de cultura e de género, o envelhecimento ativo tem como determinantes “as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e os serviços sociais”. (p.277) A base do envelhecimento ativo é a segurança, a participação e a saúde, envolvendo a autonomia, a independência e a qualidade de vida das pessoas em busca de uma vida saudável.

No processo de envelhecimento é importante manter a autonomia física, social e psicológica (Paúl, 2005a). Manter o controlo sobre a sua vida. A prática de atividade física surge assim como uma das atividades integrantes no processo de envelhecimento ativo. É importante num processo de envelhecimento

saudável, pois para além de interferir em termos físicos também afeta a saúde mental (Martins et al, 2007).

Grande parte dos idosos não participa em ações de atividade física, isto poderá ser o resultado de um passado em que a prática de atividade física, por parte dos idosos e dos jovens adultos, não era valorizada. Com isto, não se quer dizer que os idosos e os jovens adultos tinham uma vida sedentária, antes pelo contrário. As atividades que realizavam ao longo do dia eram bastante exigentes fisicamente. O pouco tempo livre de que dispunham e a oferta de atividades físicas organizadas que estavam ao seu alcance eram também reduzidos, contribuindo, assim, para que hoje vejam o exercício como algo que não é para a sua idade e apenas associado aos jovens (Carvalho & Mota, 2012). Sabe-se, no entanto, que a maior parte das pessoas com 65 anos ou mais tem capacidade para a prática de atividade física e para alargar as suas relações sociais e amizades, podendo participar em diversas atividades (Vinhai, 2012).

A prática de atividade física fomenta a manutenção da independência dando um contributo importante na qualidade de vida dos idosos, uma forma de promoção de saúde que permite intervir não só ao nível físico, mas também psicológico e social (Fernandes et al, 2009). Os idosos que são fisicamente ativos têm, habitualmente, custos médicos mais reduzidos, assim, há benefícios económicos para a pessoa e para o país. É pois do interesse político a promoção de programas que incentivem as pessoas a serem ativas (WHO, 2002).

O envelhecimento ativo é uma aposta da OMS, no intuito de minimizar e prevenir as doenças resultantes dos estilos de vida adotados ao longo da vida (Moura, 2012). Um desafio da atualidade é a promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida.

2.4- Qualidade de vida associada à saúde

A qualidade de vida é desde há muito tempo um objetivo do Homem, uma busca incessante pelo bem-estar e por uma vida saudável (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002). De acordo com a OMS (1998) a qualidade de vida é:

...a percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente. (p.17)

Segundo Pontes (2012):

a qualidade de vida tem que ver com a forma como cada um se relaciona com o mundo, como o observa, de acordo com diversos conceitos e áreas – a educação, a profissão, a escolaridade, as necessidades de cada um, a saúde – que são diferentes para cada pessoa e para cada situação. (p.289)

A qualidade de vida depende da forma como cada indivíduo a vê e de várias dimensões da vida da pessoa, desde a saúde, às questões de integração social e bem-estar estando relacionada com diversos fatores como questões económicas, sociais, cognitivas, emocionais, capacidades físicas e de saúde (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

O conceito de qualidade de vida é subjetivo no sentido em que cada pessoa tem uma percepção da sua qualidade de vida, ao nível da saúde e de outros aspetos (Pontes, 2012). As situações de ausência de saúde parecem depender mais das opções de estilo de vida do que dos fatores externos (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Mas qual é a definição de saúde? Segundo a OMS (1986) a saúde é “o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”. É um conceito que tem sofrido várias alterações ao longo dos tempos e segundo Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) resulta do equilíbrio entre diversos fatores, biológicos, comportamentais, ambiente e

condições de vida e sistemas de saúde. Assim, se inicialmente se viam as questões da saúde num prisma do tratamento das doenças, hoje, a saúde é vista de uma forma preventiva da doença. Os estilos de vida e de bem-estar são fundamentais para uma vida saudável e no sentido da prevenção das doenças (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). A saúde é entendida como multidimensional.

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64º, relativamente à saúde refere:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

Também ao nível da Constituição da República Portuguesa a saúde é entendida como multidimensional.

Na carta de Ottawa, em 1986, a saúde é considerada como um recurso para a vida e não o objetivo de vida. Na mesma, já é referido que as condições para a saúde são: “paz, abrigo, educação, alimentos, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”.

Segundo Fernandez-Mayoralas e Pérez (2005), a saúde é uma das poucas dimensões que é consensualmente aceite como tendo interferência na qualidade de vida. A saúde contribui para um bem-estar social (Figueras et al, 2012).

2.5- Qualidade de vida associada à saúde dos idosos

A qualidade de vida, nos idosos é por alguns autores, vista como uma questão de dependência e autonomia. Importa, no entanto, distinguir estes dois conceitos que muitas vezes são utilizados, o conceito de dependência e o conceito de autonomia. A dependência é a incapacidade de realizar atividades sem ajuda de terceiros e a autonomia é a capacidade da pessoa gerir a sua vida (Sequeira, 2010).

A qualidade de vida que as pessoas mais velhas têm resulta da forma como viveram toda a sua vida, das suas opções e estilos de vida, mas também da forma como a sociedade e as gerações mais novas pensam e tratam as questões do envelhecimento numa comunidade (WHO, 2002).

A falta de saúde física pode provocar sentimentos de mal-estar e interferir com outros fatores de qualidade de vida (Paúl, 2005a). O aumento dos gastos na saúde, a quebra de relações sociais, a mudança nas atividades do dia-a-dia também pode surgir associados à falta de saúde e interferir no bem-estar (Paúl, 2005b).

Segundo Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), “os serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas” (p.77), afetam a qualidade de vida dos idosos e variam consoante os contextos.

Nos meios rurais, as populações têm mais dificuldade de acesso aos serviços sociais, aos serviços de saúde e aos transportes públicos. O êxodo dos jovens a partir de 1960 para os meios urbanos em busca de emprego, levou a uma redução do número de população e ao afastamento das famílias o que conduziu a um menor apoio das famílias aos idosos e, muitas vezes, induziu à solidão (Fonseca, Paúl, Martin & Amado, 2005). Nos meios rurais os idosos ou vivem sós ou com os cônjuges ou, ainda, são institucionalizados. Os vizinhos também

são um suporte fundamental enquanto as famílias estão ausentes (Fonseca, Paúl, Martin & Amado, 2005).

As mulheres idosas são habitualmente socioeconomicamente desfavorecidas comparativamente com os homens. Os homens têm normalmente mais acidentes e comportamentos de risco o que pode levar a uma menor qualidade de vida (Botelho, 2005). Para Fernandes (2002), os idosos mais velhos, as mulheres e os solteiros ou viúvos têm mais tendência para a depressão.

A avaliação da qualidade de vida e a identificação dos fatores que a influenciam poderá contribuir para o encontro de estratégias que conduzam a uma melhor qualidade de vida.

2.6- Educação para a saúde e a qualidade de vida dos idosos

A educação para a saúde surge como uma forma de prevenção das doenças e como uma forma de promoção de saúde. Apesar de haver diversas definições de educação para a saúde, parece existir algum consenso em que, a mesma, se refere a ações planificadas de aprendizagem no sentido de promover atitudes e comportamentos que conduzam a uma vida saudável (Costa & López, 2008).

Para Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) “Enquanto processo pedagógico, a educação para a saúde implica: desenvolvimento da personalidade; posse e controlo de conhecimentos; motivos e significações; capacidade de análise reflexiva, reflexão na prática e reflexão sobre a prática; capacitação prática e rigor de avaliação “.

A educação para a saúde vai além do setor da saúde, tal como já o referia a declaração de Alma-Ata, necessita do envolvimento de diversos setores para ter sucesso (WHO, 1978).

Em educação para a saúde pretende-se fazer chegar a mensagem de modo a influenciar as tomadas de decisão (Laverack, 2008). As pessoas devem ter acesso à informação para que possam tomar decisões tendo por base o conhecimento adquirido, isto é, opções conscientes dos riscos resultantes dos estilos de vida assumidos (Costa & López, 2008). E apesar, de talvez ser a

variável que mais influencia as questões de saúde nas tomadas de decisão, na adoção de estilos de vida e comportamentos (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005), é apenas uma componente da promoção de saúde (Laverack, 2008).

Segundo a OMS (1986) a promoção de saúde é:

O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. (p.1)

A promoção da saúde resulta não só da educação para a saúde, mas também depende de um conjunto de outras componentes, no âmbito das políticas de saúde, ao nível legislativo e normativo, económico e ambiental (Costa & López, 2008). A promoção da saúde é mais do que uma ação pontual, são várias ações concertadas, uma estratégia que visa a adoção de estilos de vida saudáveis que para além de intervir no indivíduo, pretende também atuar ao nível do meio que o envolve. A promoção de saúde não se limita ao setor de saúde e pode e deve começar antes de se atingir a velhice, influenciando estilos de vida ao longo de todo o processo de envelhecimento, tendo em conta o país, a região e o local (Fonseca, 2005b). Para Martins (2005), investir na prevenção da saúde, valorizando os fatores que a determina é o desafio dos tempos de hoje.

A educação em saúde nos idosos visa promover o conhecimento e desta forma dar ferramentas para que os idosos possam escolher as opções de forma consciente e melhorar a sua qualidade de vida e saúde. Nunca é tarde para se mudar e adquirir conhecimentos que permitam promover a saúde levando a

alterações de comportamentos e atitudes (Martins et al, 2007). “Nunca se é velho para começar!” Ser idoso não pode significar inércia e doenças, há que ultrapassar este estereótipo.

Os convívios entre idosos, são espaços de educação em saúde, pois através do convívio social, o idoso pode voltar a sentir-se integrado na sociedade e assumir um papel social. Podem constituir-se esses grupos de idosos para a prática de exercício físico ou outras atividades de lazer. Segundo Jacob (2012), os idosos que participam em atividades, como as Universidade da Terceira Idade, referem ter mais qualidade de vida do que os idosos sem qualquer ocupação.

A educação para a saúde é importante numa perspetiva de prevenção, influenciando os estilos de vida mesmo na vida dos idosos, segundo Mazo, Lopes e Azner (2006) em Carvalho & Mota (2012) “é necessário dar vida aos anos e não apenas anos à vida”. (p.71)

Segundo Jacob (2012) os idosos têm:

a vontade de aprender, atualizar e partilhar os seus conhecimentos, manterem-se ativos e participativos, a procura de novas formas de lazer intelectual, quererem conviver e conhecer novas pessoas, combaterem o isolamento, criarem novos projetos de vida e entrarem em atividades lúdicas e culturais. (p. 40)

A maioria das pessoas com mais de 64 anos não participa em atividades ou projetos de aprendizagem, mesmo que informais (Zafiris, 2010). Algumas pessoas não o fazem devido a falta de acesso ou de outras barreiras que a sociedade lhes cria. As questões de saúde poderão ser uma dessas barreiras, levando ao isolamento e à dependência e afetando a qualidade de vida destas pessoas.

A participação dos idosos nos projetos acontece por motivos diferentes, desde pelo prazer ou passatempo ou porque desejam fazer algo que ao longo da sua vida não foi possível (Zafiris, 2010). A motivação para a aprendizagem é complexa e influenciada por fatores psicossociais do indivíduo e do meio. O

conceito de motivação não é simples é necessário perceber que tipo de fatores afetam a motivação e levam à predisposição para a aprendizagem. As condições físicas dos idosos podem funcionar como uma barreira na motivação, mas a falta de motivação pode ir mais além do que a barreira física. Por exemplo, os idosos com baixos níveis de escolaridade, com experiências educacionais negativas, habitualmente são mais desmotivados para a aprendizagem (Zafiris, 2010). O facto de ter poucos contactos sociais e idades mais elevadas parecem levar à redução do interesse pelas atividades. Habitar em zonas rurais pode ser desmotivante ou motivante para a participação em projetos e para a aprendizagem, dependendo das condições psicológicas. No entanto, habitar em zonas urbanas também pode ser um fator inibidor. Por exemplo, devido às barreiras arquitetónicas ou às reduzidas redes sociais. A falta de meios de transporte também pode ser um desses fatores. De acordo com Caro (2009), a participação dos idosos em atividades educativas está relacionada com: saúde, maior poder económico, melhores reformas e maior nível de escolaridade. As pessoas com mais motivação para participar numa determinada atividade, terão uma maior predisposição para integrar outro conjunto de atividades (Caro, 2009).

Educação para a saúde enquanto promotora de mudanças de comportamentos no sentido de “*um melhor estado de saúde*” pode passar por uma educação formal mas também através de uma educação não formal. A educação e a aprendizagem ao longo da vida contribuem para um envelhecimento com mais saúde e qualidade de vida. A educação para a saúde deve abranger todas as faixas etárias, a educação não é apenas para as gerações mais novas, é para todas as gerações pois a aprendizagem acontece ao longo de toda a vida.

2.7- Educação para a saúde como uma estratégia de intervenção nos idosos

As estratégias de intervenção, em educação para a saúde, devem ser baseadas numa teoria ou modelo, para que se tenha uma perceção dos resultados que se pretendem atingir e o caminho que se deve percorrer para se atingir esses objetivos.

Existem diversos modelos de educação para a saúde, não havendo um modelo que se considere como o melhor. Refere-se aqui três modelos que podem ser utilizados em educação para a saúde: Modelo ABC, Modelo PRECEDE e o Modelo de potenciação.

O modelo ABC leva-nos a perceber de que forma acontece a construção e o desenvolvimento da biografia de cada um, qual a origem dos seus comportamentos e estilos de vida e o seu significado. A análise da biografia permite conhecer os comportamentos e os estilos de vida de um modo integrado num contexto social e a forma evolutiva da história de vida de cada indivíduo (Costa & López, 2008).

O modelo da potenciação tem como objetivo promover o poder e o controlo do indivíduo de modo a influenciar o seu percurso de vida e a aprendizagem de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Tem em conta a biografia de cada um e as diferenças, bem como a permeabilidade ao conhecimento. O modelo de potenciação assenta em seis estratégias principais e baseia a intervenção na aceitação, validação e no apoio de modo a existir um compromisso com as decisões e as ações de aprendizagem e mudança de comportamentos e estilos de vida e por outro lado, pela motivação para aprender as ações que contribuem para a mudança. A educação para a saúde enquanto uma influência transformadora (Costa & López, 2008).

Um dos modelos mais utilizados em educação para a saúde, que tem em conta os fatores que influenciam os comportamentos e atitudes é o modelo PRECEDE (predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation) (Greene & Kreuter, 1991 em Costa & López, 2008). Neste modelo, primeiro identificam-se os problemas que se pretendem tratar e depois identificam-se as práticas que levam a esses problemas. Identificam-se os fatores que conduzem a esses comportamentos. Diagnostica-se as estratégias de intervenção e por fim implementa-se o programa. É um modelo que se baseia numa estrutura de causa-efeito e que facilita a implementação de estratégias de educação para a saúde, fomentadoras de qualidade de vida e saúde (Costa & López, 2008).

O sucesso de um projeto de educação para a saúde depende, assim, muito da forma como é organizado, planeado e da sua durabilidade ao longo do tempo.

Os resultados são mais positivos quando o projeto tem continuidade e vai de encontro aos problemas pessoais e da comunidade (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Pois, para que seja possível alterar estilos de vida e comportamentos, é necessário que a educação para a saúde tenha em conta o ambiente em que se desenvolve, bem como a vida quotidiana a quem se dirige (Costa & López, 2008). Assim, quando se preparam ações de educação para a saúde deve ter-se em conta as pessoas para quem é destinada a ação, pois as vivências e as formas de pensar influenciam a receção e funcionalidade da ação (Martins et al, 2007).

A constituição de grupos de idosos, respeitando o seu percurso de vida e as suas vivências, permite a criação de laços sociais, envolvendo os idosos com o meio e aumentando a sua autoestima (Jacob, 2012). Esta perspetiva tem em conta que ao longo da vida cada pessoa vai ganhando a sua especificidade, não sendo possível a constituição de um grupo totalmente homogéneo (WHO, 2002). Estudos provam que este tipo de projeto contribui para o bem-estar dos idosos promovendo o estado de satisfação com vida (Fragoso, 2012).

A implementação de projetos ou programas que visem o envelhecimento ativo devem ter sempre em conta as pessoas para quem são dirigidos, os gostos e as aptidões, bem como a forma como o percurso de vida influenciou o seu processo de envelhecimento (Stella, 2012). Facultando a participação em projetos e fornecendo oportunidades de aprendizagem ao longo da vida, proporcionando a participação nas comunidades onde residem, o acesso a reformas condignas e a transportes públicos, está a contribuir-se, para que os idosos não se isolem e não se resignem à solidão.

Para a OMS (2002) uma redução da qualidade de vida pode ser resultado do isolamento e da solidão. O facto de não terem uma atividade na sociedade leva a que se sintam inúteis e que não tenham vontade de aprender levando a um maior isolamento. Daí que o desenvolvimento de atividades que retirem os idosos do isolamento seja fundamental. Também de acordo com Resende, Bones, Souza & Guimarães (2006) a participação de adultos em atividades sociais é associada ao aumento do bem-estar e à melhoria do funcionamento físico.

As redes sociais parecem ser fontes protetoras e de manutenção de saúde (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002). Estas redes de relações sociais e de apoio social são temas atuais da psicologia, particularmente no que se refere a contribuições de bem-estar de idosos (Resende et al., 2006). Sendo, pois, conhecidos os efeitos positivos resultantes da quantidade de contactos sociais, sabe-se que a qualidade desses contactos está mais relacionada com a saúde emocional e a qualidade de vida, principalmente nas pessoas mais idosas em que o contacto social é mais reduzido (Resende et al., 2006).

O relacionamento fortalece a saúde, uma vez que, os laços sociais podem estimular sentido e a coerência da vida, desta forma, o suporte emocional pode ajudar a reduzir o stress (Resende et al., 2006). As pessoas que estão em contacto com as outras podem ter mais tendência a ter hábitos saudáveis, e a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controlo pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Também de acordo com Carvalho, Lavouras, André e Silva (2004), o suporte social que as redes sociais oferecem, reduz o isolamento e aumentam a satisfação com a vida dos indivíduos.

Os estudos sobre integração social e bem-estar dos idosos, apontam para a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, para favorecer o bem-estar psicológico e social. Os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos, porque são de livre escolha e assim mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos. A qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos. A qualidade dos relacionamentos é mais importante na determinação da satisfação com a vida, ao nível da saúde física e mental que a quantidade dos relacionamentos (Resende et al., 2006). O suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental (Ramos, 2002).

A família tem um efeito positivo no idoso pois esta relação tende a reduzir o stress e a depressão, isso na medida em que, a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controlo pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Assim, as relações

sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através da inter-relação entre os indivíduos.

A satisfação com a vida é um dos indicadores de bem-estar, geralmente definido como tendo-se uma boa vida e sendo-se feliz. O bem-estar subjetivo refere-se à avaliação, cognitiva ou afetiva, que o indivíduo faz sobre a própria vida. As pessoas experimentam o bem-estar subjetivo quando apresentam estados afetivos positivos, quando se envolvem em atividades que lhe dão prazer, quando estão satisfeitos com a vida (Resende et al., 2006).

Nesse sentido e porque as relações sociais e familiares são muito importantes no envelhecimento como sugestões de educação para a saúde seria importante o desenvolvimento de estratégias que fomentem estas relações sociais e familiares.

A promoção de redes sociais de idosos através do desenvolvimento de programas comunitários e/ou intergeracionais é uma das formas do poder central e do poder local investirem em educação e simultaneamente investirem na saúde e na qualidade de vida das gerações (WHO, 2002) (Amado, 2012).

Os projetos de intergeracionalidade promovem a partilha de experiências e uma aprendizagem recíproca, isto leva a que o respeito e a compreensão entre gerações sejam fomentados (Azeredo, 2012). A comunicação entre as diferentes faixas etárias pode também ser promovida por projetos intergeracionais e desta forma promover a aquisição de conhecimentos por parte dos idosos e dos outros intervenientes.

De acordo com o *Manual de boas práticas- Intergeracionalidade*, em Nunes (2009), aspetos como: “a promoção da educação ao longo da vida, aumento da auto-estima e perspectivas de vida dos participantes, promoção de aprendizagem, sensibilização dos mais velhos para a compreensão e aceitação dos mais novos, criação de oportunidades para a transmissão de saberes e experiências, redução do isolamento e promoção de estilos de vida saudáveis e estimulantes”, são benefícios destes projetos para os idosos.

Vários estudos revelam que os projetos intergeracionais são uma mais-valia para todas as gerações envolvidas (Nunes, 2009). Estes projetos promovem a troca de informação e conhecimentos levando a que os idosos se sintam envolvidos

na comunidade e se sintam valorizados e apesar de diferentes gerações terem conhecimentos diferentes, isto pode ser um bom contributo para a partilha de saberes. Todas as gerações aprendem e ensinam.

De acordo com Dorfman, Murty, Ingram, Evans e Power (2004), em Palmeirão (2009), a educação intergeracional promove mudanças de atitudes em qualquer nível escolar. As atividades que promovam a interação entre gerações de crianças ou jovens e idosos fomentam o bem-estar dos idosos e a redução de estereótipos construídos pelas crianças e jovens relativamente às pessoas mais velhas (Hernandez & Gonzalez, 2008).

A comunicação através das novas tecnologias, utilizando as novas tecnologias de informação, através de software que permita a comunicação por voz e vídeo, e permita uma aproximação aos familiares que não residem junto do idoso, proporcionado um aumento de autoestima e uma melhoria no seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

Segundo Tezza e Bonia (2010), a comunicação pela internet é vista pelos idosos como uma forma de comunicação menos fria que o telefone uma vez que a internet permite a visualização. Não substitui as relações humanas mas facilita-as (Machado & Souza, 2006). A internet poderá ser importante na luta contra o isolamento dos idosos, não só como fonte de informação mas também como forma de comunicação com amigos e familiares, sentindo-se, desta forma pertences à sociedade.

Como aprendizes, os idosos têm um conjunto diferente de motivações, expetativas e capacidades para desempenhar as atividades que lhe interessam. Um modelo de aprendizagem por pares, isto é, entre os idosos, é capaz de acompanhar o desenvolvimento do idoso na interação com a internet, além de criar um ambiente social de companheirismo e de troca de experiências (Tezza & Bonia, 2010).

Considerando-se que o envelhecimento traz alterações físicas, sociais, cognitivas e comportamentais, que afetam diretamente a posição social e o papel desempenhado pelo indivíduo, qualificando-o ou desqualificando-o para seu exercício ou interferindo diretamente nas suas condições de autonomia e independência e, tendo em vista, que em relação à linguagem, o declínio não é

homogêneo, pois alguns aspetos mantêm-se bastante preservados enquanto em outros se nota alterações, torna-se necessário o estudo da funcionalidade de comunicação dos idosos visando melhor conhecimento dos processos de envelhecimento e capacidades de adaptação.

A educação para a saúde pode assim ser uma estratégia de intervenção nos idosos e ser fomentadora de hábitos e estilos de vida promotores de saúde. Esta estratégia pode passar pelo envolvimento de pessoas de outras gerações e desta forma educar para a saúde em comunidade. Estas atividades educacionais e sociais também podem ser utilizadas como estratégias de intervenção que visem o combate à solidão e ao isolamento social dos idosos e desta forma melhorar a sua qualidade de vida (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005).

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

CAPÍTULO 3- METODOLOGIA

3.1- Introdução

Neste capítulo é apresentada e justificada a metodologia adotada para a realização da investigação que integra esta dissertação.

É efetuada a caracterização geral do estudo do desenho de investigação (3.2), são abordadas as condicionantes que conduziram à seleção da amostra estudada e a sua caracterização (3.3), é explanado o método seguido na recolha de dados (3.4), e são caracterizados os instrumentos de investigação utilizados (3.4.1), é explicada de uma forma sucinta o percurso efetuado (3.5) e justificada a forma adotada no tratamento de dados (3.6).

3.2- Caracterização geral do estudo e do desenho de investigação

O estudo realizado é um estudo exploratório, descritivo de natureza quantitativa. É um estudo exploratório pois realiza-se para adquirir conhecimento, pela primeira vez, da situação que se estuda. E é de natureza quantitativa pois o estudo baseia-se na análise de situações observáveis possíveis de medir, avaliar e relacionar ao longo da investigação empírica (Coutinho, 2011).

Para Fortin (2003) “os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”. É um estudo descritivo, não há manipulação das variáveis.

Uma variável é, de acordo com Ary et al (1989), em Coutinho (2011), “um atributo que reflecte ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores”. (p. 67)

Neste estudo, de acordo com a metodologia adotada, as variáveis classificam-se em dependentes e independentes. O estudo tem como variável dependente a qualidade de vida e como variáveis independentes a idade, o sexo, as habilitações literárias, o estado civil, situação de residência, viver na sede de

concelho ou nas outras localidades, necessitar ou não de transporte para se deslocar para as atividades, que atividades frequenta e porque a frequenta.

O desenho de investigação permite responder às questões e levar a uma minimização de possíveis enviesamentos que podem afetar a validade do estudo (Fortin, 2009).

3.3- População e amostra

A população do estudo é a totalidade de inscritos no “Projeto Sênior” (162), do Município de Arraiolos. Apesar de estarem inscritos no projeto cento e sessenta e dois indivíduos, em termos de participação ativa a média semanal é de cento e dezanove participantes. Da totalidade de inscritos no “Projeto Sênior”, cento e quinze têm mais de 64 anos (à data da aplicação do questionário).

A amostra é um conjunto de indivíduos que tem características comuns com a restante população do estudo e de quem se vai obter a informação pretendida para o estudo em causa. Os critérios para a constituição da amostra foram os indivíduos inscritos com mais de 64 anos, orientados no espaço e no tempo, que entendem a língua, que comparecem nas atividades e que aceitaram integrar o estudo (87). Teve como amostra os idosos com mais de 64 anos pois entendeu-se o “mais de 64 anos” como a partir de 65 anos inclusive. Isto porque optámos, no questionário, em não perguntar a data de nascimento mas sim a idade.

A amostragem é não probabilística, e por conveniência, isto é, os indivíduos a quem foram aplicados os questionários já estavam constituídos em grupos (Coutinho, 2011).

3.4- Técnica de recolha de informação

Como instrumento de recolha de dados, foi utilizado um questionário, composto por questões de caracterização sociodemográfica e pela escala de qualidade de vida Mos SF-36-Medical Outcomes Study, Short Form - 36, Health Survey,

versão portuguesa. A escolha recaiu sobre um questionário porque, e segundo Quivy e Campenhoudt, (1998) a aplicação de inquéritos por questionário é adequada para estudos que pretendam conhecer uma população, a sua forma de vida, comportamentos, opiniões e valores.

Optou-se pela avaliação da qualidade de vida, em termos de saúde, através da escala de qualidade de vida Mos SF-36, pois é uma medida genérica do estado de saúde que pode ser respondida por indivíduos com 14 anos ou mais, podendo ser respondido pelo próprio ou com o apoio de entrevistadores. O seu preenchimento pode ser presencial, pelo correio ou por telefone (Ferreira, 2000a). Mesmo quando o respondente por diversos motivos, como o facto de ser analfabeto ou ter visão reduzida, não pode preencher a escala de vida Mos SF-36, pode ser apoiado pelo entrevistador, sem perder a qualidade das respostas (Castelo, Ribeiro, & Castelo, 2008). Além disso, não é específica de nenhuma faixa etária, grupos culturais e demográficos ou doença. Este instrumento revela os estados positivos e os negativos, medindo conceitos de saúde que surgem associados à qualidade de vida.

A escala de qualidade de vida Mos SF-36-Medical Outcomes Study, Short Form - 36, Health Survey, foi validada para a população portuguesa por Ferreira (2000a; 2000b) tendo sido desenvolvida por Ware e a sua equipa e encontra-se validada para mais de 40 línguas, sendo utilizada em todo o mundo (Severo, Santos, Lopes, & Barros, 2006).

3.4.1- Desenho e validação do questionário

No questionário com questões de caracterização sociodemográfica recolheram-se dados sobre a idade, o sexo, as habilitações literárias, o estado civil, a situação de residência, a localidade onde vive e dados relativos à participação no projeto (que atividades frequenta e porque a frequenta e se necessita de transporte para se deslocar para as atividades).

A escala de qualidade de vida Mos SF-36-Medical Outcomes Study, Short Form - 36, Health Survey, uma medida genérica do estado de saúde com 36 itens, os quais avaliam oito dimensões: função física; percepção de dor corporal; saúde

geral; vitalidade; função social; limitações devido à saúde emocional; limitações devido à saúde física e saúde mental.

A escala da função física (FF) é constituída por dez itens, que medem a limitação para executar atividades físicas menores, atividades intermédias e atividades mais exigentes.

A escala de desempenho físico (DF) é constituída por quatro itens e a escala de desempenho emocional (DE) por três itens. Ambas medem a limitação da saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho efetuado.

A escala da dor física (DR) é composta por dois itens que refletem a intensidade e o desconforto causados pela dor e também o modo como a dor interfere nas atividades normais.

A escala da saúde em geral (SG), composta por cinco itens, mede o conceito da percepção holística da saúde englobando a saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável.

A escala da vitalidade (VT) composta por quatro itens inclui os níveis de energia e de fadiga e permite captar melhor as diferenças de bem-estar.

A escala da função social (FS) composta por dois itens, capta a quantidade e a qualidade das atividades sociais, e o impacto dos problemas emocionais e físicos nas atividades sociais da pessoa.

A escala da saúde mental (SM), é composta por cinco itens, que refletem a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

De acordo com Ferreira (2000a), as oito escalas podem ser agrupadas em duas grandes dimensões: a saúde física e a saúde mental. A dimensão da saúde física reúne as escalas da função física, do desempenho físico, da dor física e da saúde em geral. A dimensão da saúde mental reúne as escalas da saúde mental, do desempenho emocional, da função social e da vitalidade. As duas componentes foram obtidas a partir de análises fatoriais de componentes principais (Ferreira, 2000a).

As escalas e as dimensões são cotadas para que os seus resultados se exprimam numa escala de 0 a 100, representando a nota mais elevada uma melhor perceção da qualidade de vida ou do estado de saúde.

A escala utilizada neste estudo é a versão 2, cuja diferença da versão anterior se prende com as alternativas de resposta nas perguntas 4, 5 e 9. As duas primeiras, inicialmente com alternativas dicotómicas de resposta, passaram a ter 5 opções de resposta e pergunta 9 passou de 6 opções de resposta para 5.

Foi realizada a aplicação piloto do questionário a 5 pessoas participantes no “Projeto Sénior”. Estes participantes não pertenciam à amostra por terem idade inferior a 65 anos, isto é, dois indivíduos tinham 64 anos, dois indivíduos tinham 63 anos e um tinha 62 anos.

Analizadas as respostas dadas, verificou-se que não houve dificuldade no seu preenchimento pelo que se procedeu à aplicação final dos questionários na amostra do estudo.

3.5- Percurso metodológico

A aplicação dos questionários decorreu entre fevereiro e maio de 2012, tendo a população em estudo sido contactada pela autora do estudo durante as atividades do projeto.

A autora do estudo deslocou-se às localidades de Arraiolos, Aldeia da Serra, Carrascal, Igreja, Ilhas, Sabugueiro, Santana do Campo, S. Gregório, S. Pedro da Gafanhoeira, Vale do Pereiro e Vimieiro, onde decorria a atividade de ginástica. Deslocando-se, também, à piscina Municipal de Arraiolos onde decorria a atividade de hidroginástica e aos ensaios do grupo coral, na escola de música municipal de Arraiolos e no cineteatro de Arraiolos.

Tendo em conta que algumas pessoas da amostra em estudo apresentavam algumas dificuldades na leitura e interpretação do questionário, a autora do estudo, nestes casos, aplicou o questionário fazendo a sua leitura e colaborou no preenchimento. Nas situações em que a pessoa não tinha dificuldade na

leitura e na interpretação do questionário foi auto preenchido na presença da autora do estudo.

A recolha de dados teve em conta os processos éticos e legais, tendo decorrido em conformidade com a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Williams, 2009).

Foi solicitada autorização, para a realização do estudo, à Câmara Municipal de Arraiolos. Pedido, esse, que foi deferido em outubro de 2011. (Apêndice 1)

Foi solicitada autorização, ao Professor Doutor Pedro Ferreira, para a utilização da escala de qualidade de vida Mos-SF 36, por ele validada. Autorização obtida por e-mail. (Apêndice 2)

Previamente à aplicação do questionário foi apresentado o objetivo e o enquadramento do estudo e esclarecidas as dúvidas, para que a opção de participação fosse tomada com base num conhecimento rigoroso do estudo, isto é, para que o consentimento fosse informado. Foi, também, elaborado um documento de consentimento informado que foi apresentado antes da recolha de dados. A participação no estudo foi voluntária e consentida sendo garantido o anonimato. (Apêndice 3)

3.6- Tratamento de dados

As informações obtidas, neste estudo, através da aplicação do questionário com questões sociodemográficas e da Escala de qualidade de vida Mos SF-36 foram tratados estatisticamente, recorrendo à estatística descritiva e utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 18.

Foi criada uma base de dados no programa SPSS e efetuada uma análise descritiva uni variada, calculando de forma isolada cada variável independente de forma descritiva, isto é, foram calculadas as frequências absolutas e relativas, a moda, a média e o desvio padrão. Foram feitos os cálculos de acordo com Ferreira (2000 a, 2000 b) para a obtenção dos valores das escalas e feita uma análise de frequências absolutas e relativas comparando as variáveis independentes com valores da escala.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

Os dados obtidos são apresentados sob a forma de gráficos e de quadros.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

CAPÍTULO 4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1- Introdução

Neste capítulo são apresentados os resultados e a análise dos dados obtidos do questionário sociodemográfico (4.2) e da escala de qualidade de vida Mos SF-36 (4.3). Os resultados da análise quantitativa estão representados sob a forma de gráficos e tabelas, os quais são interpretados e analisados.

Far-se-á o confronto dos resultados com o contexto teórico da investigação.

4.2- Resultados do questionário, ao nível das questões sociodemográficas, e análise da caracterização da amostra

Sexo

Ao nível do sexo dos idosos participantes no estudo (Figura 1), podemos constatar que dos oitenta e sete idosos que constituíram a amostra, vinte e oito (32,2%) eram do sexo masculino e cinquenta e nove (67,8 %) do sexo feminino. Há, portanto uma maior participação do sexo feminino no estudo.

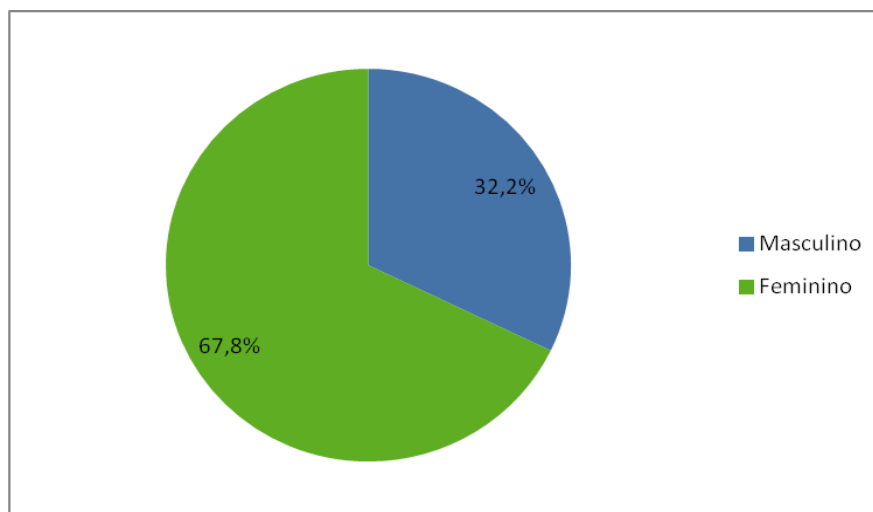


Figura 1. Distribuição da amostra segundo o sexo.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

Idade

A amostra é constituída por oitenta e sete idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos, sendo a média de idades 71,86 anos com o desvio padrão de 5,272, de acordo com o representado na Figura 2.

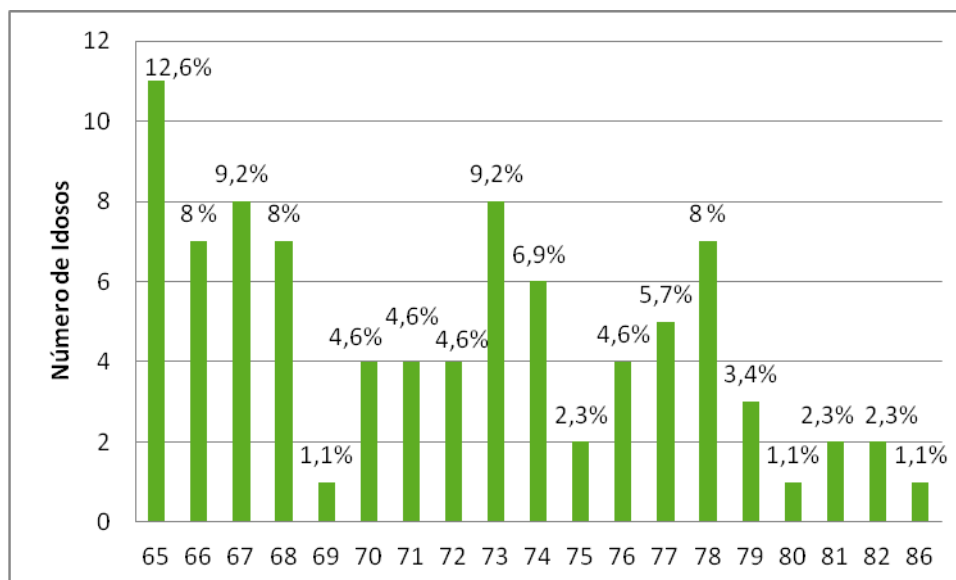


Figura 2. Distribuição da amostra segundo a idade.

Estado civil

No que se refere ao estado civil dos idosos (Figura 3) verificámos que sessenta e três (72,4%) eram casados, vinte (23,0%) viúvos, dois (2,3%) solteiros e dois (2,3%) eram divorciados.

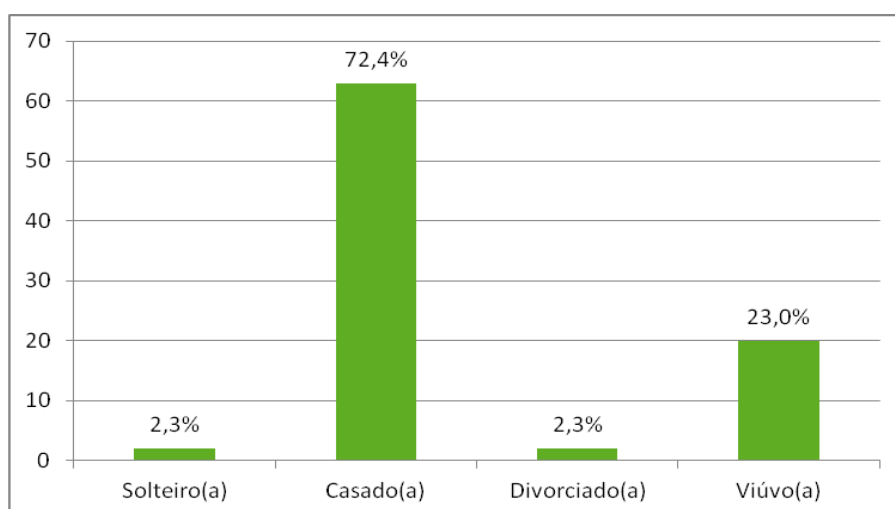


Figura 3. Distribuição da amostra segundo o estado civil.

Habilitações literárias

Ao nível das habilitações literárias (Figura 4) podemos observar que a moda é o 4.º ano, isto é, a maioria (trinta e cinco) dos idosos têm o 4.º ano. Verificámos, também que trinta idosos (34,5%) sabem ler e escrever mas não têm o 4.º ano, catorze (16,1%) não sabem ler nem escrever, quatro (4,6%) têm o 6.º ano, dois (2,3%) têm o 12.º ano, um (1,1%) tem o 9.º ano e um (1,1%) tem mestrado.

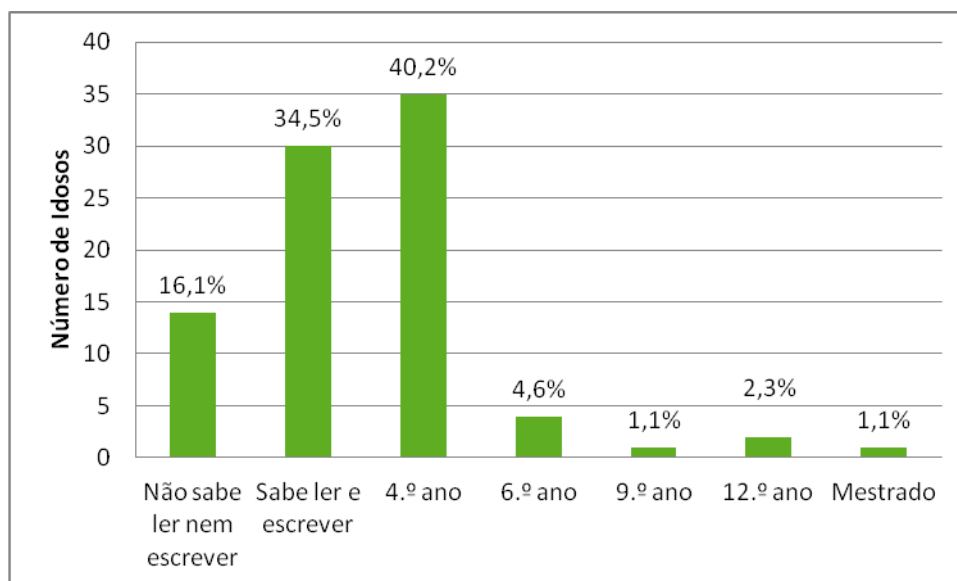


Figura 4. Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.

Situação de residência

Ao analisarmos a Figura 5, verificámos que sessenta e três (72,4%) idosos vivem com o cônjuge, vinte e dois (25,3%) vivem sozinhos e que dois (2,3%) vivem com outras pessoas.

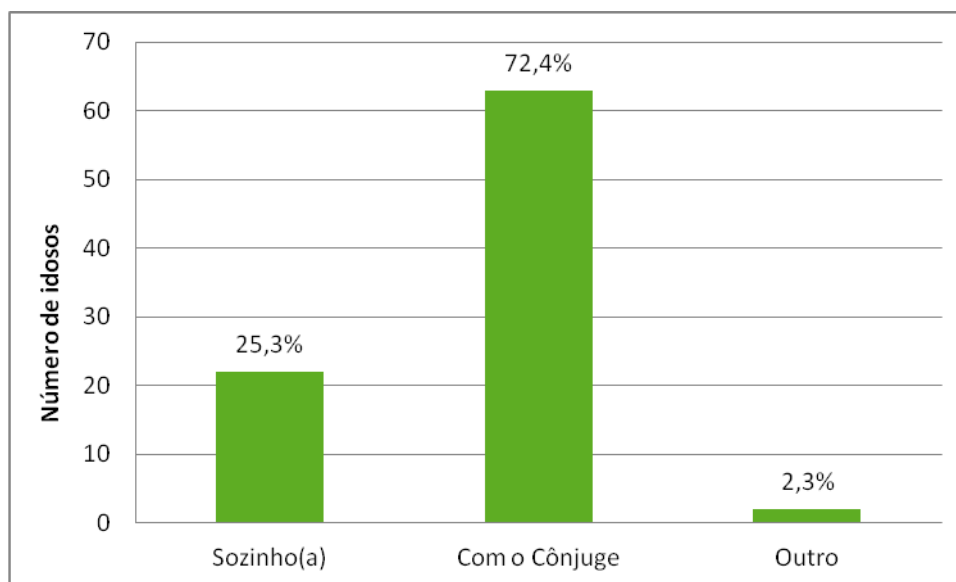


Figura 5. Distribuição da amostra segundo situação de residência.

Local de residência

Ao nível da localidade de residência dos idosos (Figura 6), verificámos que vinte e seis (29,9%) vivem em Vimieiro, nove (10,3%) em Carrascal, nove (10,3%) em Igreja, nove (10,3%) em S. Pedro da Gafanhoeira, oito (9,2%) em Aldeia da Serra, oito (9,2%) em Ilhas, cinco (5,7%) em Arraiolos, cinco (5,7%) em Sabugueiro, quatro (4,6%) em Vale do Pereiro, três (3,4%) em Santana do Campo e um (1,1%) em S. Gregório.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

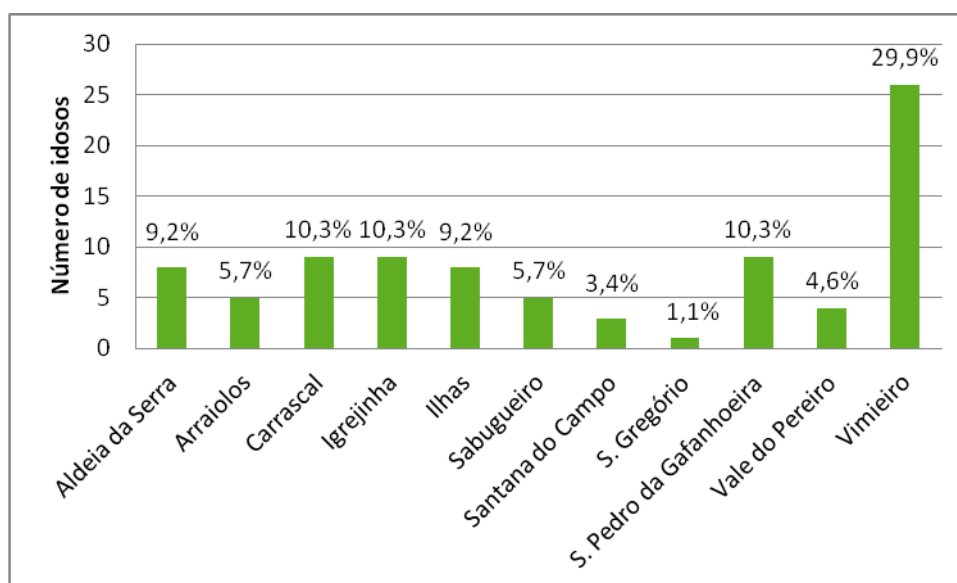


Figura 6. Distribuição da amostra segundo o local de residência.

Necessidade de transporte para a participação nas atividades

Analisando o Figura 7, verificámos que apenas dezassete idosos, isto é, 19,5% não necessitam de transporte para o local onde decorrem as atividades em que participam.

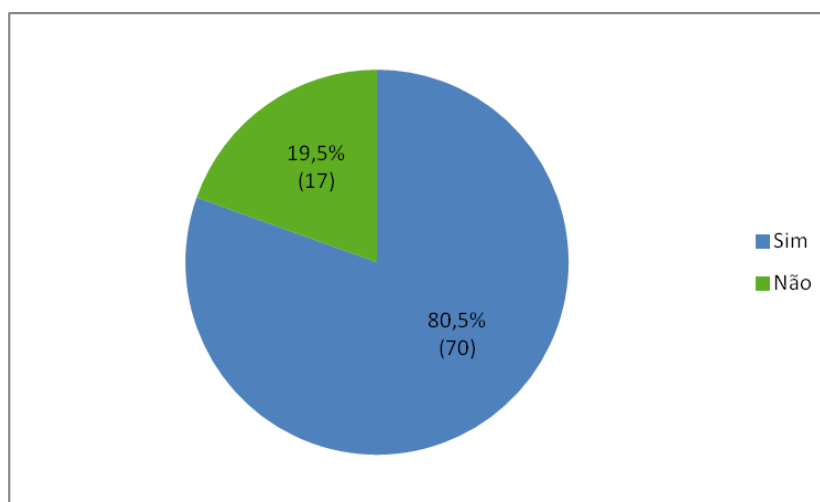


Figura 7. Distribuição da amostra segundo a necessidade de transporte.

Participação nas atividades do projeto

Relativamente à participação nas atividades do projeto (Figura 8) verificámos que quarenta e cinco (51,7%) idosos participam em ginástica e hidroginástica, treze (14,9%) participam apenas nas aulas de hidroginástica, onze (12,6%) nas aulas de ginástica, oito (9,2%) no Grupo Coral Sênior, seis (6,9%) participam em todas as atividades do projeto, três (3,4%) participam na hidroginástica e no Grupo Coral Sênior, e apenas um (1,1%) idoso participa na ginástica e no Grupo Coral Sênior.

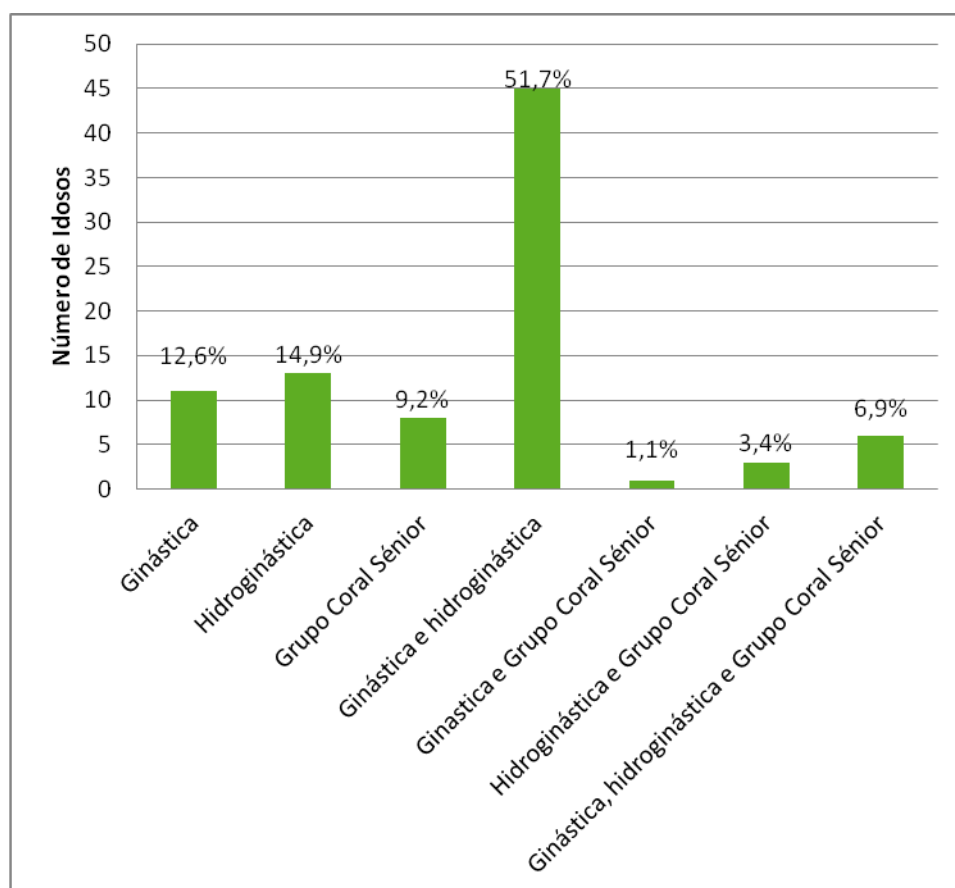


Figura 8. Distribuição da amostra segundo as atividades.

A amostra é assim constituída por sessenta e sete (77,0%) idosos que frequentam a atividade de hidroginástica, sessenta e seis (75,9%) que frequentam a atividade de ginástica e dezoito (20,7%) que fazem parte do Grupo Coral Sênior.

Motivação

Relativamente à motivação que conduz os idosos a participar no projeto (Figura 9), verificámos que vinte e quatro (27,6%) participam por motivos de saúde, dezoito (20,7%) para saírem de casa, estarem com os amigos e por motivos de saúde, onze (12,6%) para saírem de casa e estarem com os amigos, onze (12,6%) para saírem de casa, nove (10,3%) estarem com os amigos, oito (9,2%) para estarem com os amigos e por motivos de saúde e seis (6,9%) para saírem de casa e por motivos de saúde.

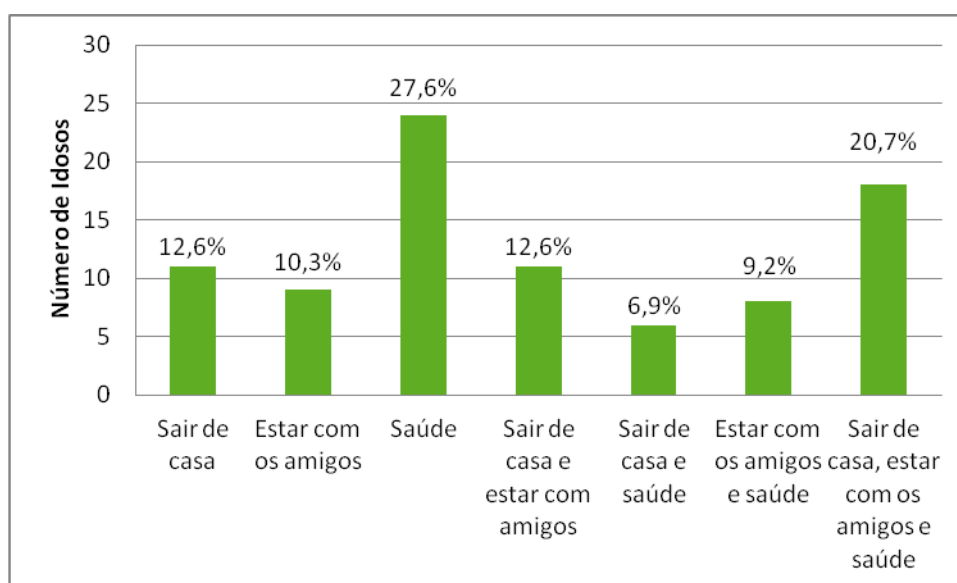


Figura 9. Distribuição da amostra segundo a motivação.

A saúde surge, assim, como o motivo principal para a participação no projeto, sendo referida por cinquenta e seis (64,4%) idosos. Apenas trinta e um (35,6%) idosos participam no projeto por outros motivos, isto é, para estarem com os amigos e/ou para saírem de casa.

A motivação de quarenta e seis (52,9%) idosos para participarem no projeto é sair de casa. Motivação que não foi referida por quarenta e um (47,1%) idosos.

Já a motivação para participarem no projeto, baseada em estar com os amigos foi referida por quarenta e seis (52,9%) idosos. Motivação que não foi referida por quarenta e um (47,1%) idosos.

Analisando a amostra verificámos que a maioria dos idosos que constituíram a amostra era do sexo feminino, casados e viviam com o cônjuge ou com outras pessoas. Apenas vinte e dois idosos vivem sozinhos. De acordo com Ferreira e Santana (2003), o isolamento provoca alterações na percepção que os indivíduos têm do seu estado de saúde.

Verificámos que, apesar da média de idades da mostra ser de 71,86 anos e maioritariamente feminina, apenas catorze dos idosos não sabiam ler nem escrever. Isto é, 83,9% dos idosos da amostra pelo menos sabem ler e escrever.

Tendo em conta que o concelho de Arraiolos é um concelho rural onde as mulheres que hoje têm mais de 64 anos habitualmente tinham menos acesso à escola do que os homens, leva-nos a pensar se projeto tem uma maior facilidade de chegar aos idosos que tem mais habilitações literárias do que àqueles que não sabem ler e escrever. De acordo com Caro, Caspi, Burr e Mutchler (2009), a participação dos idosos nas atividades educativas está intimamente relacionada com um maior nível de escolaridade.

No estudo de Castillón, Sendino, Banegas, García & Artalejo (2005) verificaram que a qualidade de vida é pior quanto menor for o nível das habilitações literárias e que este facto é ainda mais acentuado nas mulheres. Também de acordo com Ferreira e Santana (2003) os indivíduos que têm menor escolaridade tendem a ter uma percepção mais negativa da qualidade de vida.

Tendo em conta o número de habitantes com mais de 64 anos nas localidades do concelho, esperávamos uma participação no projeto que fosse proporcional. No entanto, os dados obtidos não nos revelaram isso. Sendo a freguesia de Arraiolos a que tem mais habitantes com mais de 64 anos (730 de acordo com os Censos de 2011) era de esperar que houvesse uma maior participação dos residentes desta freguesia, isto é, das localidades de Arraiolos, Ilhas e Santana do Campo, o que não acontece, pois apenas 18,3% da amostra deste estudo corresponde a idosos da freguesia de Arraiolos.

A localidade de Vimieiro é a que tem mais idosos a participar no projeto, constituindo 29,9% da amostra. Vimieiro é a segunda freguesia com mais habitantes com mais de 64 anos (562 de acordo com os Censos de 2011). A segunda freguesia com mais participantes é a de S. Gregório, que engloba as

localidades de Aldeia da Serra, Carrascal e S. Gregório, 20,6% da amostra. É uma freguesia com apenas 127 habitantes com mais de 64 anos (de acordo com os censos de 2011), isto é, é a terceira freguesia que tem menos habitantes com mais de 64 anos.

As freguesias de S. Pedro da Gafanhoeira e de Igreja Nova constituem 10,3% da amostra surgem em quarto nas freguesias com mais participantes no projeto. S. Pedro da Gafanhoeira é uma freguesia com 139 habitantes com mais de 64 anos (de acordo com os Censos de 2011) e a freguesia de Igreja Nova tem 182 habitantes (de acordo com os Censos de 2011) com mais de 64 anos.

Sabugueiro é a sexta freguesia em termos de participação no projeto, com apenas 5,7% da amostra, é também a segunda freguesia com menos habitantes com mais de 64 anos (137 habitantes de acordo com os Censos de 2011).

A freguesia de Santa Justa, da qual faz parte a localidade de Vale do Pereiro, é a freguesia com menos participação no projeto, 4,6%. É, no entanto, a freguesia que também tem menos habitantes com mais de 64 anos (55 habitantes de acordo com os Censos de 2011).

De referir, também, que o número de pessoas com mais de 64 anos no concelho de Arraiolos é, de acordo com os censos de 2011, 1932 indivíduos e que de acordo com os censos de 2001 era de 1978 indivíduos.

De acordo com Carvalho e Mota (2012) a não participação dos idosos em atividades, como por exemplo a atividade física, pode acontecer devido à não valorização da mesma aquando a sua juventude. Também de acordo com Zafiris (2010), os idosos que tem um nível de escolaridade mais pequeno tendem a ter menos motivação para a aprendizagem. O facto de terem redes sociais reduzidas também pode levar a uma menor motivação para participar nas atividades. Por outro lado Zafiris (2010) também refere que os idosos podem participar nos projetos apenas por prazer.

A existência de transporte da autarquia para os locais onde decorrem as atividades do projeto parece ser fundamental para a participação dos idosos no mesmo. Apenas 19,5% os idosos da amostra afirmaram que não necessitavam de transporte da entidade. A não existência deste recurso poderia implicar a não participação de muitos idosos, isto é, existiria uma barreira que iria impedir a

participação dos idosos e vir a conduzir ao isolamento social dos idosos, tal como o refere Zafiris (2010).

Relativamente à motivação para a participação no projeto parece haver uma associação por parte dos idosos entre a saúde e a prática de atividade física. Pois verificámos que sessenta e sete (77,0%) idosos participam em alguma atividade física e cinquenta e seis (64,4%) idosos dizem ter como motivo de participação no projeto a saúde.

Apenas trinta e um (35,6%) idosos não referiram a saúde como a motivação para participar no projeto, referindo apenas como motivação estar com os amigos e sair de casa.

Num estudo realizado por Mota, Ribeiro, Carvalho & Matos (2006) verificou-se que a perceção da qualidade de vida associada à saúde surge relacionada com a prática de atividade física. Andreotti y Okuma (2003) realizaram um estudo aplicado a 44 idosos e verificaram que os principais motivos invocados para integrarem um projeto de atividade física foram: o incentivo dos amigos, a saúde e o convívio social. Noutro estudo realizado por Hirversalo, Lampien y Rantanen (1998), na Finlândia, a indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos verificaram que os principais motivos para participar na atividade física foram a saúde e as razões sociais.

No estudo realizado por Gonçalves e Alchieri (2010) os idosos afirmaram que a motivação principal para participar em atividade física é a saúde. Também no estudo de Moreno, Cervelló e Martínez (2007) a participação dos mais velhos nas atividades físicas tiveram como motivação a saúde.

Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo.

Também para Martins et al (2007) e Fernandez et al (2009) a atividade física pode ser parte integrante de um processo de envelhecimento saudável tendo em conta que tem influência ao nível físico e psicológico contribuindo para a manutenção da independência e para a qualidade de vida dos idosos.

De acordo com Mota, Ribeiro, Carvalho e Matos (2006) para que os programas contribuam para uma melhor qualidade de vida em termos de saúde, têm de ser

elaborados com base nos fatores que influenciam a saúde. É pois importante saber que fatores são esses.

4.3- Resultados do questionário e análise da escala de qualidade de vida-MOS-SF 36

Relativamente às respostas dadas ao questionário da escala de qualidade de vida em termos de saúde Mos SF-36, obtiveram-se as seguintes frequências e percentagens por questão.

Relativamente à saúde geral (Quadro 1), cinquenta e um (58,6%) idosos consideraram a sua saúde razoável, dez (11,5%) consideraram a sua saúde boa e três (3,4%) ótima. Apenas vinte e três (26,4%) consideraram a sua saúde fraca.

Quadro 1

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 1

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:	Frequência	Percentagem
Fraca	23	26,4
Razoável	51	58,6
Boa	10	11,5
Ótima	3	3,4

Ao compararem o estado de saúde atual com o estado de saúde em que se encontravam há um ano (Quadro 2), seis (6,9%) idosos consideram que estão muito melhor, vinte e oito (32,2%) idosos considera que tem algumas melhoras, trinta e oito (43,7%) idosos considera que está aproximadamente igual, catorze (16,1%) idosos um pouco pior e um (1,1%) idoso refere que está muito pior.

Quadro 2

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 2

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:	Frequência	Percentagem
Muito melhor	6	6,9
Algumas melhoras	28	32,2
Aproximadamente igual	38	43,7
Um pouco pior	14	16,1
Muito pior	1	1,1

No âmbito da realização das atividades diárias (Quadro 3) e relativamente à prática de atividades violentas quarenta e dois (48,3%) idosos referiram que se encontram muito limitados, tinta e seis (41,4%) um pouco limitados e nove (10,3%) nada limitados.

Quarenta e nove (56,3%) idosos consideraram-se como nada limitados para a prática de atividades moderadas, como deslocar uma mesa, vinte e nove (33,3%) consideraram-se um pouco limitados e nove (10,3%) muito limitados.

Levantar ou carregar as compras da mercearia é uma atividade para o qual cinquenta e um (58,6%) idosos sentem nada limitados, vinte e cinco (28,7%) um pouco limitados e onze (12,6%) muito limitados.

Subir vários lanços de escadas é realizado sem limitações por trinta e nove (44,8%) idosos, vinte e oito (32,2,%) sentem-se um pouco limitados a executar a atividade e vinte (23%) idosos sentem-se muito limitados.

Cinquenta e sete (65,5%) idosos não se sentem limitados em subir um lanço de escadas, vinte e um (24,1%) sentem-se um pouco limitados e nove (10,3%) idosos sentem-se muito limitados.

Trinta e dois idosos (36,8%) não sentem que a sua saúde o limita a inclinar-se, ajoelhar-se ou a baixar-se. Trinta e dois idosos (36,8%) consideram-se que um pouco limitados e vinte e três (26,4%) consideram-se muito limitados.

Andar mais de 1Km é uma atividade executada sem limitações por cinquenta e um (58,6%) idosos. Vinte e um (24,1%) idosos dizem fazê-lo com algumas limitações e quinze (17,2%) dizem ter muitas limitações.

Andar vários quarteirões é algo que sessenta (69%) idosos dizem não estar limitados para o fazer. Vinte idosos (23%) dizem estar um pouco limitados e sete (8%) afirmam estar muito limitados.

Andar um quarteirão é uma atividade executada por sessenta e oito (78,2%) idosos de uma forma não limitada. Treze idosos (14,9%) dizem estar um pouco limitados a fazer e seis (6,9%) afirmam estar muito limitados.

Relativamente a tomar banho ou vestirem-se sozinhos, apenas um (1,1%) idoso se sente muito limitado. Cinco (5,7%) sentem-se um pouco limitados e oitenta e um (93,1%) não se sentem nada limitados.

Quadro 3

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 3

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	42 48,3%	36 41,4%	9 10,3%
B. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	9 10,3%	29 33,3%	49 56,3%
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	11 12,6%	25 28,7%	51 58,6%
D. Subir vários lanços de escada	20 23%	28 32,2%	39 44,8%
E. Subir um lanço de escada	9 10,3%	21 24,1%	57 65,5%
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	23 26,4%	32 36,8%	32 36,8%
G. Andar mais de 1 km	15 17,2%	21 24,1%	51 58,6%
H. Andar vários quarteirões	7 8%	20 23%	60 69%
I. Andar um quarteirão	6 6,9%	13 14,9%	68 78,2%
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho/a	1 1,1%	5 5,7%	81 93,1%

Através da análise do Quadro 4, relativo à influência do estado de saúde física dos idosos na realização das atividades das últimas 4 semanas, aquando a aplicação do questionário, verificámos que:

- para trinta e quatro (39,1%) idosos o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades nunca diminuiu, diminui pouco para doze (13,8%) idosos, diminuiu algum tempo para trinta e um (35,6%) idosos, diminui a maior parte do tempo para oito (9,2%) idosos e diminuiu sempre para dois (2,3%) idosos.

- trinta e seis (41,4%) nunca fez menos do que queriam, doze (13,8%) fez um pouco menos, dezanove (21,8%) fez menos do que queriam, algum tempo, catorze (16,1%) fizeram menos do que queriam a maior parte do tempo e seis (6,9%) fizeram sempre menos do que queriam.

- trinta e oito (43,7%) idosos nunca se sentiram limitados no tipo de trabalho ou atividade, quinze (17,2%) sentiram-se pouco tempo limitados, vinte e um (24,1%) sentiram-se algum tempo limitados, doze (13,8%) sentiram-se a maior parte do tempo limitados e um (1,1%) sentiu-se sempre limitado.

- quarenta (46%) idosos nunca sentiram dificuldades em executar o seu trabalho ou outras atividades, quinze (17,2%) sentiram dificuldades durante pouco tempo, doze (13,8%) sentiram algum tempo, catorze (16,1%) sentiram dificuldades a maior parte do tempo e seis (6,9%) tiveram sempre dificuldade.

Quadro 4

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 4

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?					
Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	2 2,3%	8 9,2%	31 35,6%	12 13,8%	34 39,1%
B. Fez menos do que queria	6 6,9%	14 16,1%	19 21,8%	12 13,8%	36 41,4%

(continua)

Quadro 4 (continuação)

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?					
Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1 1,1%	12 13,8%	21 24,1%	15 17,2%	38 43,7%
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	6 6,9%	14 16,1%	12 13,8%	15 17,2%	40 46%

Em relação à influencia do estado de saúde mental dos idosos na realização das actividades das últimas 4 semanas (Quadro 5), aquando a aplicação do questionário, verificámos que:

- para trinta e cinco (40,2%) idosos o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades nunca diminuiu, diminui pouco para dezanove (21,8%) idosos, diminuiu algum tempo para vinte e quatro (27,6%) idosos, diminui a maior parte do tempo para cinco (5,7%) idosos e diminuiu sempre para quatro (4,6%) idosos.
- trinta e nove (44,8%) nunca fez menos do que queriam, nove (10,3%) fez um pouco menos, vinte e dois (25,3%) fez menos do queriam, algum tempo, doze (13,8%) fizeram menos do que queriam a maior parte do tempo e cinco (5,7%) fizeram sempre menos do que queriam.
- quarenta e dois (48,3%) idosos nunca se sentiram dificuldades em executar o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como habitual, doze (13,8%) sentiram dificuldades durante pouco tempo, vinte e três (26,4%) sentiram algum tempo, oito (9,2%) sentiram dificuldades a maior parte do tempo e dois (2,3%) tiveram sempre dificuldade.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

Quadro 5

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?					
Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	4 4,6%	5 5,7%	24 27,6%	19 21,8%	35 40,2%
B. Fez menos do que queria	5 5,7%	12 13,8%	22 25,3%	9 10,3%	39 44,8%
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	2 2,3%	8 9,2%	23 26,4%	12 13,8%	42 48,3%

A saúde física e a saúde mental (Quadro 6) interferiram bastante com o relacionamento na rede social em sete (8%) idosos, interferiram de forma moderada em onze (12,6%) idosos, interferiram um pouco em treze (14,9%) idosos e não interferiram em cinquenta e seis (64,4%) idosos.

Quadro 6

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 6

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	Frequência	Percentagem
Bastante	7	8,0
Moderadamente	11	12,6
Pouco	13	14,9
Absolutamente nada	56	64,4

Ao analisarmos o Quadro 7, relativo às dores sentidas pelos idosos nas últimas 4 semanas, aquando a aplicação do questionário, verificámos que:

- três (3,4%) tiveram dores muito fortes, dezassete (19,5%) dores fortes, vinte e sete (31%) dores moderadas, vinte (23%) dores ligeiras, doze (13,8%) dores muito fracas e oito (9,2%) não tiveram dores.

Quadro 7

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 7

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?	Frequência	Percentagem
Muito fortes	3	3,4
Fortes	17	19,5
Moderadas	27	31,0
Ligeiras	20	23,0
Muito fracas	12	13,8
Nenhumas	8	9,2

Pela análise do Quadro 8 verificámos que essas dores interferiram imenso com o trabalho habitual de dois idosos (2,3%), interferiram bastante para dez (11,5%) idosos, moderadamente para vinte (23%), interferiram um pouco para trinta (34,5%) e não interferiram para vinte e cinco (28,7%) idosos.

Quadro 8

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 8

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	Frequência	Percentagem
Imenso	2	2,3
Bastante	10	11,5
Moderadamente	20	23,0
Um pouco	30	34,5
Absolutamente nada	25	28,7

Em relação à forma como os idosos se sentiram nas últimas 4 semanas, aquando a aplicação do questionário, constatámos através da análise do Quadro 9, que:

- vinte e dois (25,3%) sentiram-se cheios de vitalidade, vinte e seis (29,9%) sentiam-se cheios de vitalidade a maior parte do tempo, vinte e três (26,4%) apenas se sentiam assim algum tempo, catorze (16,1%) sentiam-se pouco tempo cheios de vitalidade e dois (2,3%) nunca se sentiam cheios de vitalidade.

- trinta e um (35,6%) nunca se sentiram muito nervosos, dezasseis (18,4%) sentiram-se pouco tempo muito nervosos, vinte e um (24,1%) sentiram-se algum tempo, quinze sentiu-se desse modo a maior parte do tempo e quatro (4,6%) sentiram-se sempre muito nervosos.

- cinquenta e dois (59,8%) nunca se sentiram deprimidos e que nada os animava, dezasseis (18,4%) sentiram pouco tempo, onze (12,6%) sentiram-se algum tempo, seis (6,9%) a maior parte do tempo e dois (2,3%) sentiram-se sempre assim.

- vinte e quatro (27,6%) sentiram-se sempre calmos e tranquilos, vinte e cinco (28,7%) sentiram-se assim a maior parte das vezes, vinte e um (24,1%) sentiram-se assim algum tempo, dez (11,5%) sentiram-se pouco tempo e sete (8%) nunca se sentiram calmos e tranquilos.

- quinze (17,2%) se sentiram sempre com muita energia, quinze (17,2%) a maior parte das vezes, trinta e oito (43,7%) algum tempo, dezassete (19,5%) pouco tempo e dois (2,3%) nunca se sentiram com muita energia.

- vinte e nove (33,3%) nunca se sentiram tristes e em baixo, vinte e dois (25,3%) sentiram-se poucas vezes dessa forma, vinte e três (26,4%) sentiram-se algumas vezes, nove (10,3%) a maior parte do tempo e quatro (4,6%) sentiram-se sempre tristes e em baixo.

- vinte e um (24,1%) nunca se sentiram estafados, vinte e sete (31%) sentiram-se estafados pouco tempo, vinte e seis (29,9%) sentiram-se algum tempo, oito (9,2%) a maior parte do tempo e cinco (5,7%) sentiram-se sempre estafados.

- trinta e quatro (39,1%) sentiram-se sempre felizes, dezoito (20,7%) sentiram-se dessa forma a maior parte do tempo, vinte e nove (33,3%) algum tempo, cinco (5,7%) pouco tempo e um (1,1%) nunca se sentiu feliz.

- onze (12,6%) nunca se sentiram cansados, vinte e três (26,4%) sentiram-se um pouco, trinta e sete (42,5%) sentiram-se cansados algumas vezes, treze (14,9%) sentiram-se a maior parte do tempo e três (3,4%) sentiram-se sempre cansados.

Quadro 9

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 9

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.					
Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	22 25,3%	26 29,9%	23 26,4%	14 16,1%	2 2,3%
B. Se sentiu muito nervoso/a?	4 4,6%	15 17,2%	21 24,1%	16 18,4%	31 35,6%
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	2 2,3%	6 6,9%	11 12,6%	16 18,4%	52 59,8%
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	24 27,6%	25 28,7%	21 24,1%	10 11,5%	7 8%
E. Se sentiu com muita energia?	15 17,2%	15 17,2%	38 43,7%	17 19,5%	2 2,3%
F. Se sentiu triste e em baixo?	4 4,6%	9 10,3%	23 26,4%	22 25,3%	29 33,3%
G. Se sentiu estafado/a?	5 5,7%	8 9,2%	26 29,9%	27 31%	21 24,1%
H. Se sentiu feliz?	34 39,1%	18 20,7%	29 33,3%	5 5,7%	1 1,1%
I. Se sentiu cansado/a?	3 3,4%	13 14,9%	37 42,5%	23 26,4%	11 12,6%

De acordo com a análise do Quadro 10, a saúde física ou os problemas emocionais nunca limitaram a atividade social de quarenta e três (49,4%) idosos, limitaram pouco tempo a atividade de treze (14,9%), limitaram algum tempo a vinte e três idosos (26,4%), limitaram a maior parte do tempo a cinco (5,7%) idosos e limitaram sempre a três (3,4%) idosos.

Quadro 10

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 10

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	Frequência	Percentagem
Sempre	3	3,4
Maior parte	5	5,7
Algum tempo	23	26,4
Pouco tempo	13	14,9
Nunca	43	49,4

Relativamente à veracidade das afirmações constatámos, através da análise do Quadro 11 que:

- três idosos (3,4%) consideraram absolutamente verdade que parecem adoecer mais facilmente do que os outros, nove (10,3%) disseram ser verdade, vinte cinco (28,7%) disseram não saber e quarenta e três (49,4%) consideraram essa afirmação falsa.

- sete (8%) idosos creem que é absolutamente verdade o facto de serem tão saudáveis como qualquer outra pessoa, vinte e seis (29,9%) consideraram ser verdade, trinta e seis (41,4%) não sabem e dezoito (20,7%) disseram não ser tão saudáveis como os outros.

- seis (6,9%) idosos creem ser absolutamente falso que a sua saúde vai piorar, vinte e três (26,4%) creem que é falso, vinte e cinco (28,7) disseram não saber, vinte e nove (33,3%) afirmaram ser verdadeira e quatro (4,6%) absolutamente verdadeira.

- dois (2,3%) idosos consideraram ser absolutamente verdade que a sua saúde é ótima, vinte e um (24,1%) disseram ser verdade, vinte e um (24,1%) disseram que não sabiam, trinta e oito (43,7%) afirmaram ser falso a sua saúde ser ótima e cinco (5,7%) disseram ser absolutamente falso.

Quadro 11

Distribuição da Amostra Segundo a Escala de Qualidade de Vida Mos SF-36, Questão 11

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações:					
	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	3	9	25	43	7
	3,4%	10,3%	28,7%	49,4%	8%
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	7	26	36	18	0
	8%	29,9%	41,4%	20,7%	0%
C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	4	29	25	23	6
	4,6%	33,3%	28,7%	26,4%	6,9%
D. A minha Saúde é ótima	2	21	21	38	5
	2,3%	24,1%	24,1%	43,7%	5,7%

Relativamente aos dados obtidos para cada dimensão da escala de qualidade de vida Mos SF-36 verificámos, através da Figura 10 e do Quadro 12, que as dimensões que apresentaram os valores mais elevados foram a Função Social (79,6%), o Desempenho Emocional (71,55%), a Saúde Mental (70,35%), a Função Física (70,34%), o Desempenho Físico (69,54%) e a Vitalidade (60,85%). As dimensões da Dor Física (55,16%) e da Saúde Geral (47,24%) surgem com os valores mais baixos. A dimensão Mudança de Saúde surge com o valor de 43,10%.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

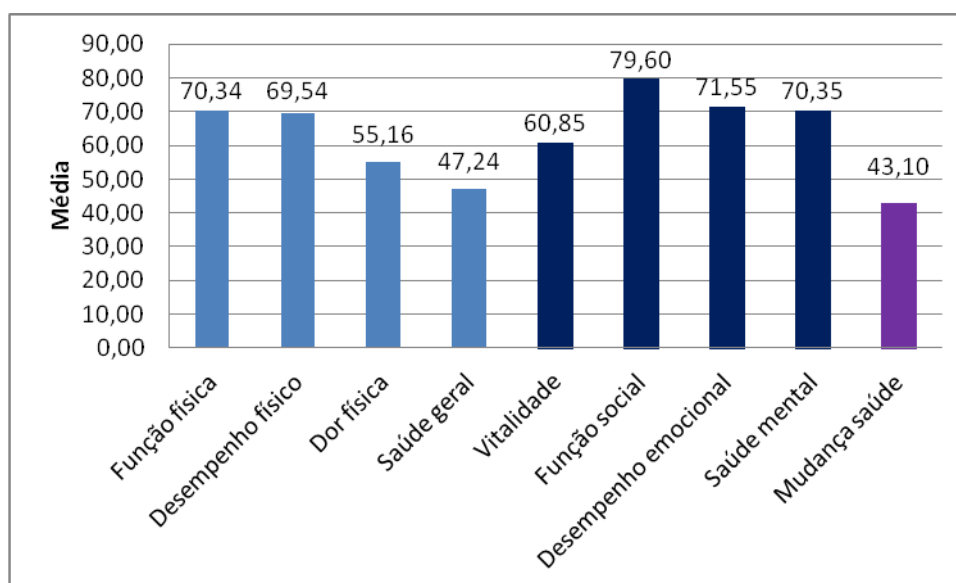


Figura 10: Valores das dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36.

Os valores correspondentes às dimensões da componente mental surgem com valores mais elevados que as dimensões da componente física. Representando os valores elevados uma melhor qualidade de vida, em termos de saúde, parece que existe uma perceção de uma melhor qualidade de vida na dimensão mental do que na dimensão física.

Quadro 12

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 e Desvio Padrão

Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Média	70,34	69,54	55,16	47,24	60,85	79,60	71,55	70,35
Desvio padrão	24,40	26,96	22,49	14,61	18,25	22,48	27,86	21,51

Num estudo realizado por Mishra et al (2011), onde foi avaliada utilidade da aplicação da escala de qualidade de vida Mos SF-36 em idosos, em três situações diferentes, verificaram que a escala Mos SF-36 é um instrumento de medida útil de qualidade de vida das pessoas mais velhas, para a realização de pesquisas. Sendo necessário ter alguma atenção aos resultados das sub-

escalas da saúde geral e saúde mental. Os valores obtidos vão de encontro com os valores obtidos no nosso estudo. Foram obtidos valores mais elevados nas dimensões da saúde mental (Desempenho Emocional, Função Social e Saúde Mental) e valores mais reduzidos na dimensão da saúde física (Saúde Geral, Vitalidade e Dor Física).

Idade

Ao analisarmos o Quadro 13, relativamente ao escalão etário, verificámos que:

- os idosos com idade compreendida entre os 65 e os 69 anos têm os valores médios mais baixos ao nível das dimensões FF (62,21), DR (53,06), FS (75,74) e DE (64,42);
- os idosos do escalão etário 70-74 anos têm valores médios mais elevados nas dimensões DF (75,48) e FS (87,98);
- os idosos com idade compreendida entre 75 e os 79 anos têm os valores mais reduzidos nas dimensões SG (44,57) e SM (64,29);
- os valores mais elevados nas dimensões FF (85,83), DR (59,38), SG (55,83), VT (65,63), DE (80,56) e SM (79,17) foram obtidos nos idosos com 80 ou mais anos;
- os idosos com 80 ou mais anos têm o valor mais baixo ao nível da DF (59,38).

De acordo com Correia (2009) a faixa etária das 68 aos 75 anos tem uma maior perceção da qualidade de vida quando comparada com a faixa etária dos 76 aos 88 anos. No nosso estudo, isso não acontece. Apesar da faixa etária 75-79 ter uma perceção da qualidade de vida mais reduzida do que a faixa etária 70-74, isso não se verifica com a faixa etária 65-69. No nosso estudo são os idosos com 80 ou mais anos que revelam ter uma perceção da qualidade de vida mais positiva. Isto pode acontecer devido à constituição da amostra ser de apenas 6,9% de idosos com 80 ou mais anos.

Num estudo efetuado por Brazier et al (1992) os valores obtidos para indivíduos entre os 65 e os 74 anos foram mais elevados na dimensão mental em

detrimento da dimensão física. Esta situação, também acontece no nosso estudo com exceção da dimensão VT.

Quadro 13

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 Pelo Escalão Etário

Escalão etário	Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
65-69	Média	62,21	63,97	53,06	45,12	59,74	75,74	66,42	68,24
70-74	Média	76,54	75,48	57,19	50,19	64,18	87,98	77,56	75,96
75-79	Média	71,43	74,11	54,57	44,57	57,14	76,19	69,84	64,29
≥80	Média	85,83	59,38	60,33	55,83	65,63	77,08	80,56	79,17

Sexo

Relativamente aos dados obtidos para cada dimensão da escala de qualidade de vida MOS SF-36, em termos do sexo dos idosos verificámos, através do Quadro 14, que os idosos do sexo masculino fazem uma avaliação da sua qualidade de vida mais positiva que os idosos do sexo feminino. Todas as dimensões apresentaram valores médios mais elevados no sexo masculino, apresentando valores acima dos 50% em todas as dimensões sendo, no entanto, os valores mais elevados ao nível na dimensão mental. Ao nível do sexo feminino verificámos que a SG é entendida como menos favorável, tendo como valor médio 45,13.

Estes resultados estão de acordo com os resultados obtidos no estudo de Lobo, Santos, Carvalho e Mota (2008), onde se verificou que os indivíduos do sexo feminino têm tendência para considerar a qualidade de vida pior que os indivíduos do sexo masculino. Também de acordo com Barros (2006) os homens têm mais satisfação com a vida do que as mulheres. Ainda num estudo desenvolvido por Ferreira (2003), os valores médios das dimensões da escala de qualidade de vida Mos SF-36 também foram superiores no sexo masculino com excepção da dimensão DF.

Quadro 14

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 por Sexo

Sexo	Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Masculino	Média	77,86	74,55	62,32	51,68	70,54	87,05	85,42	77,14
Feminino	Média	66,78	67,16	51,76	45,13	56,25	76,06	64,97	67,12

Relativamente às habilitações literárias verificámos, através do Quadro 15 que os idosos com o 4.º ano de escolaridade têm uma melhor qualidade de vida em quase todas as dimensões. O valor mais elevado obtido nas dimensões FF, DF, SG, FS, DE e SM surge nos idosos com o 9.º ano de escolaridade, no entanto, salienta-se que este não é um valor médio mas sim o valor correspondente a um único idoso. É ao nível do 4.º ano que surgem os valores médios, por dimensão, mais elevados (FF, DF, DR, SG, VT e FS). Os idosos com o 6.º ano apresentam o valor médio de DE mais elevado e os idosos com o 12.º ano apresentam o valor médio de SM mais elevado. Apenas um idoso tem mestrado como habilitação literária, pelo que, os valores apresentados correspondem apenas a esse idoso.

No nosso estudo, os níveis mais elevados de escolaridade não surgem associados a uma melhor qualidade de vida. Isto talvez seja devido à amostra ser muito reduzida relativamente a idosos com o 6.º, 9.º e 12.º ano ou mestrado, constituindo apenas 9,1% da amostra.

De acordo com Zafiris (2010) os idosos com habilitações literárias mais reduzidas são menos motivados para a aprendizagem. Também de acordo com Caetano e Raposo (2005) a motivação para a participação em atividades físicas está intimamente ligada às habilitações literárias. Isto é, de acordo com os autores há uma maior participação dos idosos com mais habilitações literárias. Estes estudos vão, no entanto de encontro à nossa questão relativamente à participação reduzida de idosos que não tem qualquer frequência escolar. Isto é, os idosos que não sabem ler nem escrever não se encontram motivados para a participação em projetos de aprendizagem.

De acordo com Caro (2009) os idosos com maiores habilitações literárias tendem a participar mais em atividades educativas.

Quadro 15

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 Pelas Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Não sabe ler nem escrever	Média	68,21	62,95	47,50	45,29	59,37	78,57	61,31	67,14
Sabe ler e escrever	Média	69,50	66,46	51,70	42,23	57,08	73,33	67,22	67,83
4.º ano	Média	73,29	75,36	62,37	52,82	64,82	85,00	77,86	73,57
6.º ano	Média	65,00	67,19	58,75	50,00	62,50	81,25	79,17	67,50
9.º ano	Valor	85,00	100,00	61,00	55,00	56,25	100,00	100,00	90,00
12.º ano	Média	60,00	71,87	31,50	35,00	56,25	81,25	75,00	87,50
Mestrado	Média	50,00	25,00	41,00	35,00	62,50	62,50	58,33	35,00

Analisando os dados do Quadro 16, relativamente aos valores médios obtidos para cada dimensão da escala de qualidade de vida Mos SF-36 e a variável “situação de residência” verificámos, que os idosos que vivem com o cônjuge têm a percepção de uma melhor qualidade de vida que os idosos que vivem sozinhos.

Verificámos que os idosos que vivem sozinhos apenas apresentam valores superiores nas dimensões Função Física (73,86%) e Desempenho Físico (71,02%).

Assim, quem vive só parece valorizar mais a componente física que a mental.

Relativamente ao estado civil os idosos casados tem melhor qualidade de vida ao nível da dimensão mental, enquanto que os idosos solteiros e os divorciados apresentam valores mais elevados na dimensão física.

Num estudo efetuado por Barros (2006) quem vivia com o cônjuge tinha melhores médias de satisfação com a vida o que vai de encontro com os resultados obtidos neste estudo. Também num estudo realizado por Fernandes (2007) os idosos casados tinham uma menor perceção da solidão do que os idosos solteiros ou viúvos. Paúl (2005a), também refere que os idosos viúvos têm uma menor satisfação com a vida, revelando atitudes menos positivas relativas ao envelhecimento e promovendo o sentimento de solidão. No nosso estudo a dimensão mental dos idosos casados também apresenta valores médios mais elevados do que os solteiros ou viúvos.

Ainda de acordo com Mazo, Mota, Gonzalez e Matos (2005) viver com o cônjuge, ter mais habilitações literárias e ter entre 65 e 74 anos pode ser indicativo de maior participação em atividades físicas. No estudo verificámos que os idosos casados constituíam 79,7% dos idosos participantes nas atividades físicas.

Quadro 16

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 pela Situação de Residência e pelo Estado Civil

		Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Situação de residência	Vive só	Média	73,86	71,02	51,00	43,82	54,26	71,59	70,45	59,32
	Vive com o cônjuge	Média	70,48	69,94	56,62	48,56	62,70	81,74	72,22	73,57
Estado Civil	Solteiro (a)	Média	50,00	75,00	47,00	42,50	68,75	62,5	66,67	45,00
	Casado (a)	Média	71,27	70,44	56,78	48,63	62,1	81,55	71,69	73,02
Estado Civil	Divorciado (a)	Média	65,00	50,00	57,50	51,00	68,75	75,00	66,67	47,50
	Viúvo (a)	Média	70,00	68,13	50,65	42,95	55,31	75,63	72,08	66,75

Localidade de residência

Em relação à localidade de residência verificámos que os idosos residentes na sede de concelho têm melhor qualidade de vida, em quase todas as dimensões, isto é, os valores médios das dimensões DF (78,75), DR (64,00), SG (56,80), VT (68,75), FS (90,00), DE (93,33) e SM (77,00), são superiores aos dos idosos residentes em outras localidades (Quadro 17). De salientar que os idosos residentes na sede de concelho correspondem a apenas 5,7 % da amostragem.

Os idosos residentes em Santana do Campo têm o valor médio mais alto da dimensão FF (93,33).

Os valores mais baixos surgem no idoso residente em Carrascal. De notar, que os valores apresentados para este local são referentes a apenas um idoso.

Num estudo realizado por Lopes (2004) que procurou avaliar a qualidade de vida de idosos de zonas rurais e zonas urbanas, verificou que a qualidade de vida das pessoas idosas depende do meio envolvente e das suas características.

Quadro 17

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 Pela Localidade de Residência

Localidade	Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Aldeia da Serra	Média	53,75	62,50	46,13	45,25	62,50	85,94	64,58	72,50
Arraiolos	Média	77,00	78,75	64,00	56,80	68,75	90,00	93,33	77,00
Carrascal	Média	73,33	69,44	55,33	51,33	56,25	68,06	68,52	61,11
Igrejinha	Média	73,33	77,08	58,56	48,78	59,72	83,33	74,07	70,00
Ilhas	Média	61,25	72,66	50,50	45,25	56,25	76,56	71,88	73,13
Sabugueiro	Média	64,00	45,00	62,20	41,00	51,25	80,00	61,67	61,00
Santana do Campo	Média	93,33	72,92	62,33	51,67	66,67	70,83	66,67	75,00

(continua)

Quadro 17 (continuação)

Localidade	Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
S. Gregório	Valor	65,00	25,00	41,00	35,00	43,75	50,00	50,00	35,00
S. Pedro da Gafanhoeira	Média	73,89	77,78	50,22	41,11	67,36	87,50	78,70	68,89
Vale do Pereiro	Média	71,25	56,25	57,50	55,50	67,19	78,13	50,00	66,25
Vimieiro	Média	72,31	71,63	56,15	46,69	60,82	78,85	73,72	74,62

Atividades do projeto e motivação

A partir do Quadro 18 podemos verificar que os participantes na atividade “Ginástica” têm uma melhor qualidade de vida em termos da dimensão física, isto é nas dimensões FF (88, 64), DF (80,11) e DR (71,45).

Os participantes nas atividades “Grupo Coral Sênior”, na “Ginástica e Grupo Coral Sênior” e na “Hidroginástica e Grupo Coral Sênior” têm melhor qualidade de vida nas dimensões mentais.

De acordo com Barros (2006), os idosos que praticam atividade física tem uma maior satisfação com a vida do que os que não praticam. No nosso estudo, em termos gerais, isso também se verifica.

Relativamente à variável da motivação verificámos que os idosos que têm como motivação “Sair de casa e Estar com os amigos” têm valor médio mais elevado em termos da FF (76,36). O valor médio mais elevado das dimensões DF (77,08), DR (71,33), VT (68,75), FS (93,75) e SM (84,17) surge nos idosos que referem ter como motivação para participar no projeto “Sair de casa e Saúde”. “Estar com os amigos” tem valores médios mais elevados na dimensão do DE (85,19).

A dimensão da SG surge com valores médios mais elevados quando a motivação se reporta a “Estar com os amigos, Sair de casa e Saúde”.

Num estudo realizado por Gioda e Antunes (1995), em que um grupo de idosos participou duas vezes por semana em diversas atividades, desde atividade física

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

ao canto, entre outras, durante um ano, verificaram que os idosos ficaram mais motivados para a prática de atividades novas, e que aumentaram a sua autoestima e as relações sociais. Neste estudo não nos é possível comparar de igual forma pois o questionário foi aplicado num só momento.

Quadro 18

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 de Acordo com a Participação nas Atividades do Projeto e da Motivação

		Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Atividades	Ginástica	Média	88,64	80,11	71,45	52,91	64,2	76,14	75	72,27
	Hidroginástica	Média	71,92	71,63	57,54	49,92	65,87	73,08	71,79	66,92
	Grupo Coral Sênior	Média	71,88	53,13	42,63	48	57,81	85,94	79,17	76,88
	Ginástica e hidroginástica	Média	68,33	71,67	52,33	46,13	60,28	81,11	71,11	71
	Ginástica e Grupo Coral Sênior	Valor	70	37,5	32	67	68,75	100	16,67	80
	Hidroginástica e Grupo Coral Sênior	Média	38,33	43,75	64,67	44	68,75	87,5	58,33	80
	Ginástica, hidroginástica e Grupo Coral Sênior	Média	62,5	69,79	57,17	36,67	46,88	72,92	73,61	54,17
Motivação	Sair de casa	Média	65,45	60,23	43,45	47,09	54,55	77,27	68,94	73,64
	Estar com os amigos	Média	71,67	72,92	49,11	45,78	59,72	90,28	85,19	72,78
	Saúde	Média	75,21	68,75	56,46	45,42	59,64	72,92	69,44	67,71
	Sair de casa e estar com amigos	Média	76,36	68,18	59,82	47,91	58,52	78,41	63,64	65,91
	Sair de casa e Saúde	Média	66,67	77,08	71,33	47,83	68,75	93,75	72,22	84,17
	Estar com os amigos e Saúde	Média	71,25	77,34	60,63	47,5	66,41	81,25	73,96	66,25
	Sair de casa, estar com os amigos e Saúde	Média	63,33	69,44	52,94	49,78	63,19	79,86	72,69	70,56

Transporte

Os valores de qualidade de vida são, na generalidade, mais elevados em relação aos idosos que não necessitam de transporte (Quadro 19). Apenas na FS o valor médio é um pouco menor do que para os idosos que necessitam de transporte.

Verificámos que, dos idosos que não necessitam de transporte, alguns residem fora da sede de concelho e que, para além de participarem, nas atividades desenvolvidas na sua localidade também participam em outras atividades do projeto que acontecem na sede de concelho. Estes resultados poderão resultar da autonomia e independência que os idosos têm, não só ao nível das capacidades físicas e mentais como também poderá estar relacionado com o fator económico. Neste estudo, esta variável não é avaliada pelo que não será possível saber se será devido a esse fator.

Quadro 19

Valores das Dimensões da Escala de Qualidade de Vida MOS SF-36 de Acordo com a Necessidade de Transporte

Necessidade de transporte	Dimensões	FF	DF	DR	SG	VT	FS	DE	SM
Sim	Média	67,79	68,48	52,31	45,91	59,55	79,82	70,36	70,21
Não	Média	80,88	73,90	66,88	52,71	66,18	78,68	76,47	70,88

Para a OMS (2002) uma redução da qualidade de vida pode ser resultado do isolamento e da solidão. O facto de não terem uma atividade na sociedade leva a que se sintam inúteis e que não tenham vontade de aprender levando a um maior isolamento. Também para Fernandes (2002) os idosos mais velhos, as mulheres, solteiros e viúvos têm tendência para a depressão, isto vai de encontro com os valores da dimensão mental obtidos no estudo.

O decréscimo de saúde física pode conduzir ao estado de mal-estar e levar a uma menor qualidade de vida (Paúl, 2005b).

A aplicação desta escala há um ano atrás ou antes do início deste projeto poderia ter dado informações interessantes para comparar com os dados obtidos neste estudo, e deste modo analisar de que modo o projeto influenciou a qualidade de vida em termos de saúde. Como refere Pontes (2012), o conceito de qualidade de vida varia de pessoa para pessoa de acordo com o modo como cada uma vê a sua vida, ao nível da saúde e de outras condições de vida.

CAPÍTULO 5- CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

5.1- Introdução

Neste capítulo são apresentadas as conclusões do estudo (5.2) e as suas limitações (5.3). São também apresentadas propostas de ação de educação para a saúde (5.4) e sugestões para futuras investigações (5.5).

5.2- Conclusões

O envelhecimento é uma temática abordada por diversos estudiosos desde há muito tempo. A manutenção da juventude e a busca de qualidade de vida tem sido um objetivo da humanidade. As tendências demográficas no mundo, com um aumento do número de pessoas com 65 anos ou mais, são o reflexo desta preocupação e da evolução da sociedade nos mais diversos aspetos como por exemplo saúde e educação.

Envelhecer aprendendo a gerir as oportunidades, leva à manutenção da independência e da autonomia e conduzirá a uma melhor qualidade de vida. A participação dos idosos na sociedade, em termos sociais, culturais, económicos, espirituais e civis levará a um envelhecimento ativo. Este é um importante contributo para a qualidade de vida.

A educação para a saúde não se limita às crianças e aos jovens, pode contribuir para uma melhoria efetiva da qualidade de vida dos idosos. Os projetos de educação para a saúde dirigidos aos idosos, devem ter sempre em conta as vivências e o ambiente onde residem os idosos.

O nosso estudo teve por objetivo conhecer qual a qualidade de vida, associada à saúde, dos seniores que participam no projeto desenvolvido pelo Município de Arraiolos. Após a análise dos dados obtidos pretendíamos propor estratégias, a aplicar no “Projeto Sênior”, que venham a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos seniores, procurando dar resposta às suas expectativas.

O estudo realizado foi um estudo exploratório, descritivo e de natureza quantitativa. Teve como amostra os idosos com mais de 64 anos que participam

no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos o que totalizou oitenta e sete idosos. Foi aplicado um questionário com questões sociodemográficas e uma escala de qualidade de vida Mos SF-36.

Os dados obtidos foram tratados através da análise estatística descritiva e confrontados com alguns aspetos do contexto teórico da investigação, não tendo sido calculada a significância estatística, obteve-se as seguintes conclusões:

- a amostra do estudo é maioritariamente feminina;
- a média de idades da amostra é de 71,86 anos;
- a maioria dos idosos são casados;
- a maioria dos idosos que constituem a amostra têm o 4.º ano e apesar da maioria da amostra no mínimo saber ler e escrever, é uma amostra constituída por idosos com baixos níveis de escolaridade e tem participantes que não sabem ler nem escrever;
- um quarto dos idosos vivem sozinhos e os restantes vivem com o cônjuge ou com outras pessoas;
- a maioria dos idosos que participam no projeto residem nas localidades fora da sede de concelho, sendo o número de idosos que participa no projeto, e que constituem a amostra, não proporcional ao número de idosos com mais de 64 anos residentes nas freguesias; o facto de existirem mais idosos nas freguesias não é reflexo de uma maior participação no projeto (algumas freguesias apesar de terem um menor número de idosos residentes com mais de 64 anos têm mais participantes no projeto);
- a maioria dos idosos necessita de transporte para as atividades, sendo a deslocação para as atividades facilitada pela existência de transporte para as mesmas, o que reduz as barreiras relativas ao acesso ao projeto;
- apenas 8 idosos não participam nas atividades de hidroginástica e ginástica, participando apenas no Grupo Coral Sénior;
- participam nas atividades de hidroginástica e/ou ginástica 79 idosos;

- 56 idosos referem como motivação para participar no projeto a saúde, 46 idosos referem como motivação “sair de casa” e 46 referem como motivação o “estar com os amigos”;
- o projeto parece chegar com mais facilidade aos idosos que sabem ler e escrever em detrimento dos idosos analfabetos, estes dados vão de encontro ao referido por Zafiris (2010), em relação ao facto dos idosos com menos habilitações terem menos motivação para a aprendizagem;
- os idosos que não residem sozinhos têm uma maior participação no projeto e este tem mais dificuldade em chegar aos idosos que vivem sozinhos;
- os valores obtidos na escala de qualidade de vida, Mos SF-36, ao nível das dimensões da componente mental foram mais elevados do que os obtidos na componente física, o que significa que os idosos fazem uma avaliação mais positiva da sua saúde mental do que da sua saúde física;
- os idosos com idade compreendida entre os 70 e os 74 anos e os idosos com 80 ou mais anos têm, em termos globais, uma melhor qualidade de vida;
- os idosos do sexo feminino fazem uma avaliação mais negativa da sua qualidade de vida em todas as dimensões;
- os idosos com o 4.º ano de escolaridade têm uma melhor qualidade de vida em quase todas as dimensões e os níveis mais elevados de escolaridade não surgem associados a uma melhor qualidade de vida;
- os idosos que vivem com o cônjuge têm a perceção de uma melhor qualidade de vida que os idosos que vivem sozinhos, os idosos que vivem sós apenas consideram ter melhor qualidade de vida em termos de duas dimensões da componente física (Função Física e Desempenho Físico) e parecem valorizar mais a componente física que a mental;
- os idosos casados tem melhor qualidade de vida ao nível da dimensão mental, enquanto que os idosos solteiros e os divorciados apresentam valores mais elevados na dimensão física;
- os idosos residentes na sede de concelho têm melhor qualidade de vida, em quase todas as dimensões, no entanto, estes idosos correspondem a apenas

5,7% da amostra;

- os participantes na atividade “Ginástica” têm uma melhor qualidade de vida em termos da dimensão física e os participantes nas atividades “Grupo Coral Sênior”, na “Ginástica e Grupo Coral Sênior” e na “Hidroginástica e Grupo Coral Sênior” têm melhor qualidade de vida na dimensão mental;
- relativamente à motivação, o valor médio mais elevado da generalidade das dimensões surge nos idosos que referem ter como motivação para participar no projeto “Sair de casa e Saúde”.
- os valores de qualidade de vida são, na generalidade, mais elevados em relação aos idosos que não necessitam de transporte.

Em suma, a maioria dos participantes é do sexo feminino, casado, tem pelo menos o 4.º ano de escolaridade e participa em alguma das atividades físicas do projeto. Os valores obtidos em termos globais ao nível da qualidade de vida, são superiores nas dimensões da componente mental e mais elevadas em ambas as dimensões nos participantes que vivem com o cônjuge e nos participantes do sexo masculino. A existência de transporte para as atividades é um fator decisivo para a participação dos idosos no projeto.

No contexto específico em que ocorreu o estudo e segundo os dados obtidos a qualidade de vida é influenciada pelos seguintes fatores: sexo, habilitações literárias, o estado civil, a situação de residência e a localidade de residência. No entanto, não podemos generalizar pois os contextos mudam, logo, os resultados também sofrem alterações.

5.3- Limitações do estudo

O estudo realizado tem algumas limitações entre as quais destacamos, o não permitir generalizações pois reporta-se aos idosos que participam no “Projeto Sênior”. É limitada em termos geográficos.

A aplicação do questionário no início do projeto e ao fim de um ano de projeto poderia ter dado informações interessantes que nos permitissem avaliar a influência do projeto na qualidade de vida dos idosos participantes.

Podíamos ter procurado obter mais informações sobre os idosos, estudando mais variáveis independentes que poderiam ter dado mais contributos na perceção dos fatores que influenciam a qualidade de vida em termos de saúde, como por exemplo as profissões exercidas ao longo da vida e o rendimento auferido por mês.

5.4- Sugestões para a educação para a saúde

As habilidades sociais são fundamentais para que a pessoa viva melhor em sociedade, possibilitando a sobrevivência do indivíduo e da espécie, por meio delas, aprendem-se formas de comunicação e regras para convívio, adquirindo conhecimento acerca de si e do mundo e dando-lhe significação, é possível construir uma identidade. Embora ao longo do processo de envelhecimento, já tenham sido aprendidas muitas habilidades necessárias para viver melhor, o contacto com outras pessoas mantém-se imprescindível em qualquer idade e época da vida.

Assim, como estratégia de educação para a saúde, a criação de atividades que fomentem a comunicação será um contributo para uma melhor qualidade de vida. As estratégias, em educação para a saúde, a desenvolver deverão ser construídas tendo por base um modelo de educação que tenha em conta a especificidade de cada idoso, a motivação e a pré-disposição para a aprendizagem. Essas estratégias poderão ser desenvolvidas, por exemplo, utilizando o modelo da potenciação.

Através dos laços familiares e com a dinamização de atividades nas escolas locais poder-se-á motivar os idosos a colaborar nas iniciativas onde se encontrem familiares, como por exemplo os netos. O desenvolvimento de atividades ao longo do ano em situações pontuais e/ou festivas poderia ser o ponto de partida e funcionar como motivação para a participação em outras atividades. Atividades como as desenvolvidas no “Projeto Sênior” mas também

da sociedade e do meio em que residem. Contribuir-se-ia desta forma para romper com a barreira do isolamento e da falta de motivação para uma vida ativa.

Estas atividades, intergeracionais, para além de fomentarem os laços familiares, a integração e participação na sociedade poderá também funcionar como espaço de ensino/aprendizagem de estilos de vida saudáveis.

Muitos idosos têm, também, interesse em acompanhar os mais novos, facilitar a comunicação entre eles e mostrar aos familiares que conseguem acompanhar a evolução das tecnologias da informação.

Uma nova atividade no “Projeto Sénior” que ensinasse os idosos a utilizar um computador e a comunicar através dele poderia ser mais um contributo para uma melhor qualidade de vida. No mesmo sentido, também a aprendizagem relativa à utilização do telemóvel pode ser uma mais-valia na comunicação dos idosos com os familiares e amigos. Alguns estudos indicam que o uso da informática e da Internet facilitam o apoio social ao idoso e estimulam o companheirismo entre eles (Tezza & Bonia, 2010).

A educação para a saúde, visando informar as pessoas no sentido de as influenciar nas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas (Green & Kreuter, 1991 em Laverack, 2004) tem um papel fundamental não só nas gerações mais novas como também nos idosos. Estas sugestões de atividades dirigidas aos idosos do concelho de Arraiolos poderiam funcionar como espaços de educação para a saúde e conduzir a uma aumento da qualidade de vida dos idosos do concelho de Arraiolos.

5.5- Futuras investigações

Em futuras investigações seria interessante a replicação do estudo, isto é, aplicar os mesmos instrumentos a outros projetos existentes na região Alentejo. Isto iria permitir ter o conhecimento de uma realidade regional e contribuir para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos. Com esse conhecimento

poder-se-ia elaborar projetos de educação para a saúde com uma maior consistência e fundamentação.

A aplicação da escala de qualidade de vida Mos SF-36 no início de um projeto e a aplicação da mesma após um ano de desenvolvimento do projeto poderá, também, fornecer informações relevantes através da comparação das respostas obtidas.

Poderão também surgir novas linhas de investigação que analisem questões sociodemográficas e de qualidade de vida dos idosos participantes em projetos, idosos socialmente ativos e com diferentes níveis de funcionalidade.

A investigação de fatores que contribuam para um envelhecimento com qualidade de vida e que possam vir a ser trabalhados desde a infância, mas também, que ainda podem ser trabalhados nos idosos. O estudo da influência que alguns fatores podem ter na qualidade de vida dos idosos, será importante para o desenvolvimento de ações de educação para a saúde.

Abordar a questão da formação dos técnicos que acompanham os projetos também poderá ser importante para que houvesse um maior contributo de todos os envolvidos e para que se elaborem estratégias de Educação para a Saúde que levem à melhoria da qualidade de vida dos idosos, em conjunto.

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M. (2012). *Stress, coping e resiliência em pessoas idosas*. Em C. Paúl & O. Ribeiro (Comp.), *Manual de Gerontologia, Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.
- Almeida, M. F. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise... *Fórum Sociológico*, 17, 17-24.
- Amado, J. (2012). A educação em saúde como estratégia de promoção de saúde. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 247-260). Euedito.
- Andreotti, M. C. & Okuma, S. S. (2003). Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. *Revista Paulista de Educação Física*, 17, (2), 142-53.
- Azeredo, Z. (2012). A interação geracional como uma estratégia de envelhecimento ativo. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 93-100). Euedito.
- Barros, C, L. (2006). *Bem-estar Subjectivo, Atividade Física e Institucionalização em Idosos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.M., O’Cathain, A., Thomas, K.J., Sherwoodd et al (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Comp.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Brockett, R. (2008). Self-Directed Learning Readiness and Life Satisfaction Among Older Adults. A Sample Quantitative Research Proposal Written in the APA 5th Style. Recuperado em 25 de maio, 2012, de <http://www-distance.syr.edu/quantproposal.pdf>

Caetano, L.M., Raposo, J.V. (2005). Atitudes dos idosos face à actividade física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5, (1,2), 143-158.

Caro, F. G., Caspi, E., Burr, J. A. & Mutchler, J. E. (2009). Global activity motivation and activities of older people. *Activities, Adaptation & Aging*, 33 (3), 191- 208.

Carvalho, G., Lavouras, H., André, I. & Silva, L. S. (2004). *Projecto de promoção da saúde mental e prevenção das toxicodependências na gravidez e 1ª infância: suporte social*. Dissertação de Mestrado em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, Portugal. Recuperada em 12 de novembro, 2012, de <http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp/2004>.

Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. Em C. Paúl & O. Ribeiro (Comp.) *Manual de Gerontologia, Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.71-91). Lisboa: Lidel.

Castelo, R. A., Ribeiro, J. P., & Castelo, H. B. (2008). A Qualidade de Vida em Doentes Colecistectomizados por Colecistite Aguda: Cirurgia Clássica Versus Cirurgia Laparoscópica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 5-14.

Castillón, P.G., Sendino, A. R., Banegas, J. R., García, E. L. & Artalejo, F. R. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60, 1229-1240.

Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25, 41–67.

Constituição da Republica Portuguesa, VII Revisão Constitucional. Recuperado em 20 de junho, 2012, de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

Correia, C. M. (2009). *O Apoio Social e a Qualidade de Vida dos Idosos do Concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

Costa, M. & López, E. (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Eurostat. A statistical portrait of the European Union 2012, Eurostat Statistical books. Consultado em 29 setembro, 2012, em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF

Fernandes, H.J. (2007). *Solidão em Idosos do meio Rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J. & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idoso. *Motricidade Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5, 33-50.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso* (2.^a edição). Coimbra: Editora Quarteto.

Fernández-Mayoralas Fernández, G. & Rojo Pérez, F. (2005). Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación. *Territoris. Universitat de les Illes Balears*, 5, 117-135.

Ferreira, C. A. (2003). *Actividade Física e Percepção do Estado de Saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Ferreira, P.L. (2000a). Criação da Versão Portuguesa do Mos SF-36: Parte I- Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P.L. (2000b). Criação da Versão Portuguesa do Mos SF-36: Parte II- Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Ferreira, P.L. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 (2), 15-30.

Fonseca, A. (2005a). Aspectos psicológicos da “passagem à reforma”, um estudo qualitativo com reformados portugueses. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Comp.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.45-73). Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. (2005b). O envelhecimento bem-sucedido. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Comp.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp 281-311). Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Comp.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi.

Fragoso, V. (2012). Gerontologia educativa e promoção do envelhecimento ativo. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 165-177). Euedito.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gioda, F. & Antunes, M. (1995). A redescoberta da corporeidade do Idoso. *Revista Ludens*, 15, 3, 29-36.

Gonçalves, M.P., Alchieri, J. C. (2010). Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. Dissertação publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. *Psico-USF*, 15, (1), 125-134.

Guimarães, P. (2012). Cidadania e envelhecimento. Em C. Paúl & O. Ribeiro (Comp.), *Manual de Gerontologia, Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.289-297). Lisboa: Lidel

Hernandez, C. R. & Gonzalez, M. G. (2008). Effects of intergenerational interaction on aging. *Educational Gerontology*, 34, 292–305.

Hiversalo, Lampien, Rantanen. (1998). Physical exercise in old age: an eight-year follow-up study on involvement, motives and obstacle among persons age 65-84. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 157-168.

INE - Instituto Nacional de Estatística, IP. (2011). Anuário Estatístico de Portugal 2010. Lisboa: INE

Jacob, L. (2012). As Universidades Seniores como projeto de envelhecimento ativo. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento-Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp.37-50). Euedito.

Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

Lima, M.G., Barros, M.B.A., César, C.L.G., Goldbaum, M., Carandina, L. & Ciconelli, R.M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad. Saúde Pública*, 25(10), 2159-2167.

Lima, M. (2012). A “arquitetura incompleta”: da personalidade na velhice. Em C. Paúl & O. Ribeiro (Comp.), *Manual de Gerontologia, Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.129-139). Lisboa: Lidel

Lobo, A., Santos, P., Carvalho, J., & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 8 (4), 284-290.

Lopes, P. A. (2004). *Qualidade De Vida e Suporte Social Do Idoso No Meio Rural e no Meio Urbano: Um Estudo Comparativo e Correlacional*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Machado, L. R. & Souza, V. B.A. (2006). Um estudo sobre o uso da internet por idosos, *Conferencia IADIS Ibero-Americana*. Recuperado em 16 de novembro, 2012, de www.iadis.net/dl/final_uploads/200607C060.pdf

Martins, J., Barra, D., Santos, T., Hinkel, V., Nascimento, E. Albuquerque, G. et al. (2007). Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2, 443 – 456. Recuperado em 21 de maio, 2012, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>

Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 22, 42-46. Recuperado em 30 de julho, 2012, de <http://hdl.handle.net/10400.11/93>

Matsukura, T. S., Marturano, E. M. & Oishi, J. (2002). O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, pp. 675-681. Recuperado em 11 de novembro, 2012, www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a8.pdf

Mazo, G. Z. ; Mota, J. ; Gonçalves, L. H. T. ; Matos, M. G. (2005). Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Revista Port Desp*, 5, 202-212.

Ministério da Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Recuperado em 30 de julho, 2012, de <http://www.min-saude.pt>

Mishra, G. D., Gale, C. R., Sayer, A. A., Cooper, C., Dennison, E. M., Whalley, L. J., et al (2011). How useful are the SF-36 sub-scales in older people? Mokken scaling of data from the HALCYon programme. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20 (7), 1005-1010.

Moreno, J. A., Cervelló, E. & Martínez, A. (2007).Validación de la Escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física – Revisada en españoles: diferencias por motivos de participación. *Anales de Psicología*, 23 (1), 167-176.

Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J. & Matos, M. G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira Educação Física Esp.*, São Paulo, 20 (3), 219-225.

Moura, C. (2012). Envelhecimento ativo e empowerment. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 87-91). Euedito.

Nunes, L. (2009). *Promoção do bem-estar subjetivo dos idosos através da intergeracionalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de

Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Palmeirão, C. (2009). A interação Geracional como Estratégia Educativa: um Contributo para o Desenvolvimento de Atitudes, Saberes e Competências entre Gerações. *A Animação Sociocultural na Terceira Idade*, Chaves: Intervenção - Associação para a Promoção e Divulgação Cultural, pp. 22-35. Recuperado em 20 de outubro, 2012, de <http://hdl.handle.net/10400.14/396>

Paúl, C. (2005a). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Recuperado em 12 de maio, 2012, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

Paúl, C. (2005b). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Comp.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.

Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em C. Paúl & A. M. Fonseca (Comp.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.76-95). Lisboa: Climepsi.

Paxton, R. J., Motl, R. W., Aylward, A. & Nigg, C. R. (2010). Physical Activity and Quality of Life- The Complementary Influence of Self-Efficacy for Physical Activity and Mental Health Difficulties. *International Society of Behavioral Medicine*, 17, 255-263.

Pontes, J. L. (2012). Promoção da qualidade de vida. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 289-296). Euedito.

Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed., Lisboa: Gradiva.

Ramos, M. P. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, 7, 156-175. Recuperado em 11 de novembro, 2012, <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>

Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S. & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, MG, Brasil. *Psicologia para América Latina*, Revista electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, 5. Recuperado em 04 de novembro, 2012, <http://www.psicolatina.org/Cinco/rede.html>

Ribeiro, O. (2012). Género e envelhecimento. Em C. Paúl & O. Ribeiro (Comp.), *Manual de Gerontologia, Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 231-253). Lisboa: Lidel

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

Santos, S., Santos, I., Fernandes, M. & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-am Enfermagem*, 10 (6), 757-764.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., Barros, H. (2006). Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das Dimensões de Saúde Física e Mental da Versão Portuguesa do Mos Sf-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371. Recuperado em 30 abril, 2012, de www.fsp.usp.br/rsp.

Stella, A. (2012). Políticas e programas para o envelhecimento ativo. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 101-108). Euedito.

Teixeira, I. Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP* [online], 1 (19), 81-94. Consultado em 20 de novembro, 2012, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>

Tezza, R. & Bonia, A. C. (2010). O Idoso e a Internet: uma etnografia sobre interação e aprendizagem. *Perspectivas em ciência de informação*, 1 (15), 185-

197. Recuperado em 16 de novembro 2012 de <http://portaldeperiodicos.eci.ufmgbr/index.php/pciarticle/vew/825/709>

Vinhal, A. (2012). Envelhecimento: Aspectos Cognitivos e estratégias preventivas. Em C. Moura (Ed.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento- Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 271-282). Euedito.

Williams JR. (2009). Manual de Etica Médica. 2ª ed. Francia: Asociación Médica Mundial. Recuperado em 09 julho 2009 de http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf

WHO - World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: WHO.

WHO - World Health Organization (1998). Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. *WHO Health Promotion Glossary 1998*. Geneva: WHO

WHO - World Health Organization. (1996). *What Quality of Life? Quality of Life Assessment*. The WHOQOL Group. Em: World Health Forum. Geneva: WHO.

WHO - World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion- Ageing and Life Course*. Geneva: WHO.

WHO - World Health Organization. (2009). *The Ottawa charter for health promotion, first international conference on health promotion Ottawa, 17-21 November 1986. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Geneva: WHO.

WHO - World Health Organization. (2012). *Health systems, health, wealth and societal well-being assessing the case for investing in health systems*. England: Open University Press McGraw-Hill Education

Zarifis, G. K. (2010). Disadvantaged seniors in Europe. PALADIN Project. Recuperado em 2 de julho 2012, de <http://projectpaladin.eu/wp-content/uploads/2010/11/7c.pdf>

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

APÊNDICES

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

**APÊNDICE 1 - Autorização da Câmara Municipal de Arraiolos para a
realização do estudo**

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos



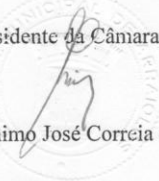
Câmara Municipal de Arraiolos

DECLARAÇÃO

No âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, autorizamos Sílvia Cristina Tira-Picos Pinto a efetuar estudo sobre a qualidade de vida dos participantes no “Projeto Sénior” desta autarquia.

Arraiolos, 18 de Outubro de 2011

O Presidente da Câmara Municipal


-Jerónimo José Correia dos Lóios-

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

**APÊNDICE 2 - Autorização do Professor Doutor Pedro Ferreira para a
utilização da Escala de qualidade de vida Mos SF-36**

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos

25/01/13

Gmail - Pedido de autorização para utilização da escala de qualidade de vida MOS SF-36



Silvia Pinto <silvia.tirapicos@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da escala de qualidade de vida MOS SF-36

Pedro Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>
Para Sílvia Pinto <silvia.tirapicos@gmail.com>

23 de Janeiro de 2012 às 17:41

Cumprimentos.

Pedro L Ferreira

Pedro Lopes Ferreira
Prof. Associado com Agregação
pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165
3004-512 Coimbra - Portugal
Tel: +351 239 790 552 / 507
Fax: +351 239 790 514



FACULDADE DE ECONOMIA
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



From: Sílvia Pinto [mailto:silvia.tirapicos@gmail.com]
Sent: quinta-feira, 15 de Dezembro de 2011 23:09
To: pedrof@fe.uc.pt; ceisuc@fe.uc.pt
Subject: Pedido de autorização para utilização da escala de qualidade de vida MOS SF-36

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=750d221a3c&view=pt&cat=mestrado&search=cat&msg=1350ba58dddbdc60a>

1/2

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

25/01/13

Gmail - Pedido de autorização para utilização da escala de qualidade de vida MOS SF-36

[Citação ocultada]

2 anexos



Autorização SF-36 Email F_D.doc

38K



SF-36 v2 PT.pdf

101K

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=750d221a3c&view=pt&cat=mestrado&search=cat&msg=1350ba58ddbd60a>

2/2

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos



Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 23 de Janeiro de 2012

Ex.ma Senhora Dr.ª.:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

APÊNDICE 3 – Declaração de consentimento informado

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

Declaração de consentimento informado

Eu, _____ (nome completo), participante no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos, declaro que fui informado e concordo em participar no estudo sobre título “A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos”, da autoria de Sílvia Cristina Tirapicos Pinto, sob orientação da Doutora Maria do Céu Pinto Marques, no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Área de Especialização de Educação para a Saúde, da Universidade de Évora.

Ao assinar este documento reconheço que a proposta e procedimentos para preenchimento do questionário estão claros para mim, preenchendo-o voluntariamente.

O Participante	A Investigadora

Data: ____/____/____

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

APÊNDICE 4 – Questionário aplicado aos idosos

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

Questionário nº _____

Apresentação

Este questionário surge no âmbito da dissertação de mestrado, de Educação para a Saúde (edição de 2010/2012) da Universidade de Évora, com o título "A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no "Projeto Sênior" do Município de Arraiolos". O presente questionário é constituído por duas partes, a primeira parte é composta por questões sócio biográficas e a segunda parte pela "Escala de qualidade de vida- MOS-SF 36". Se concordar em preencher o questionário, faça-o com honestidade. A sua participação é voluntária e esteja à vontade para recusar sem receio de penalização. Os dados são confidenciais e serão recolhidos pela autora do projeto.

Assinale com uma X na quadrícula se concordar com a seguinte afirmação. ☐

"Reconheço que a proposta e procedimentos para preenchimento do questionário estão claros para mim, preenchendo-o voluntariamente"

Desde já, obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

I PARTE- QUESTÕES SÓCIO BIOGRÁFICAS

ASSINALE COM UM X AS RESPOSTAS ADEQUADAS À SUA SITUAÇÃO

1 - IDADE		2 - SEXO	
_____		Masculino	Feminino
3 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS			
Não sabe ler, nem escrever		12.º ano	
Sabe ler e escrever		Bacharelato	
4.º ano		Licenciatura	
6.º ano		Mestrado	
9.º ano		Doutoramento	
4 - ESTADO CIVIL		5 - SITUAÇÃO DE RESIDÊNCIA	
Solteiro(a)		Vive sozinho (a)	
Casado(a)		Vive com o cônjuge	
Divorciado(a)		Vive com familiar. Quem?	
Viúvo(a)		Outra:	
6 - LOCALIDADE ONDE RESIDE			
Aldeia da Serra		Igrejinha	S. Gregório
Arraiolos		Ilhas	S. Pedro da Gafanhoeira
Bardeiras		Sabugueiro	Vale do Pereiro
Carrascal		Santana do Campo	Vimieiro

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sênior” do Município de Arraiolos

7 - ATIVIDADES QUE FREQUENTA NO “PROJETO SÊNIOR”		8 - MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR EM ATIVIDADES	
Ginástica		Sair de casa	
Hidroginástica		Estar com os amigos	
Grupo Coral Sênior		Saúde	
		Outro, qual?	
9 - NECESSITA DE TRANSPORTE PARA SE DESLOCAR PARA AS ATIVIDADES?			
Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
10 - QUE OUTRAS ATIVIDADES GOSTARIA DE PODER DESENVOLVER?			

II PARTE - QUESTIONÁRIO DO ESTADO DE SAÚDE MOS SF-36

Faça um círculo no número que melhor descreve a sua situação

1 -Em geral, como diria que a sua saúde é:		2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:	
Ótima	1	Muito melhor	1
Muito Boa	2	Com algumas melhoras	2
Boa	3	Aproximadamente igual	3
Razoável	4	Um pouco pior	4
Fraca	5	Muito pior	5
3. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM SÃO SOBRE ATIVIDADES QUE EXECUTA NO SEU DIA-DIA. SERÁ QUE A SUA SAÚDE O/A LIMITA NESTAS ACTIVIDADES? SE SIM, QUANTO?			
(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou pegar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 km	1	2	3
H. Andar várias centenas de metros	1	2	3
I. Andar uma centena de metros	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS TEVE, NO SEU TRABALHO OU ACTIVIDADES DIÁRIAS, ALGUM DOS PROBLEMAS APRESENTADOS A SEGUIR COMO CONSEQUÊNCIA DO SEU ESTADO DE SAÚDE FÍSICO?					
Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2	3	4	5
B. Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TEVE COM O SEU TRABALHO OU COM AS SUAS ACTIVIDADES DIÁRIAS, ALGUM DOS PROBLEMAS APRESENTADOS A SEGUIR DEVIDO A QUAISQUER PROBLEMAS EMOCIONAIS (TAL COMO SENTIR-SE DEPRIMIDO/A OU ANSIOSO/A)?					
Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2	3	4	5
B. Fez menos do que queria	1	2	3	4	5
C. Não executou o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?		7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?		8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	
Absolutamente nada	1	Nenhumas	1	Absolutamente nada	1
Pouco	2	Muito fracas	2	Um pouco	2
Moderadamente	3	Ligeiras	2	Moderadamente	3
Bastante	4	Moderadas	4	Bastante	4
Imenso	5	Fortes	5	Imenso	5
		Muito Fortes	6		

A qualidade de vida, associada à saúde, dos participantes com mais de 64 anos no “Projeto Sénior” do Município de Arraiolos

9. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM PRETENDEM AVALIAR A FORMA COMO SE SENTIU E COMO LHE CORRERAM AS COISAS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. PARA CADA PERGUNTA, COLOQUE POR FAVOR UM CÍRCULO À VOLTA DO NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A FORMA COMO SE SENTIU. CERTIFIQUE-SE QUE COLOCA UM CÍRCULO EM CADA LINHA.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ATÉ QUE PONTO É QUE A SUA SAÚDE FÍSICA OU PROBLEMAS EMOCIONAIS LIMITARAM A SUA ACTIVIDADE SOCIAL (TAL COMO VISITAR AMIGOS OU FAMILIARES PRÓXIMOS)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. POR FAVOR, DIGA EM QUE MEDIDA SÃO VERDADEIRAS OU FALSAS AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

Por favor assinale com um círculo um número em cada linha	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha Saúde é ótima	1	2	3	4	5